

## 各種研修・実習等に際しての事前チェックリスト

記載日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属施設 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

新型コロナワクチン接種歴： 有            無  
↳ 最終接種（    回目：    月    日）

※過去 1 週間以内の行動などについて回答をお願いいたします。

以下の項目のいずれかに☑有がある場合は、原則として研修は許可しません。

<b>該当項目に☑をつける。</b>	
<b>1 週間以内に発熱（37.0℃以上）したことがあった</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 あった場合の詳細 ①    月    日    ~    月    日に _____ °C ② 受診： <input type="checkbox"/> 有（    月    日）、 <input type="checkbox"/> 無 ③ ②で有の場合、診断名： _____ ④ 検査： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有（    月    日）→結果： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 ④で有の場合、検査の種類： <input type="checkbox"/> PCR、 <input type="checkbox"/> 抗原定性、 <input type="checkbox"/> 抗原定量	
<b>1 週間以内に呼吸器症状があった（咳嗽、痰、咽頭痛など）</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 あった場合の詳細 ①    月    日    ~    月    日に症状 _____ ② 受診： <input type="checkbox"/> 有（    月    日）、 <input type="checkbox"/> 無 ③ ②で有の場合、診断名： _____ ④ 検査： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有（    月    日）→結果： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 ④で有の場合、検査の種類： <input type="checkbox"/> PCR、 <input type="checkbox"/> 抗原定性、 <input type="checkbox"/> 抗原定量	
<b>1 週間以内に味覚、嗅覚異常の出現があった</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 あった場合の詳細 ①    月    日    ~    月    日に症状 _____ ② 受診： <input type="checkbox"/> 有（    月    日）、 <input type="checkbox"/> 無 ③ ②で有の場合、診断名： _____ ④ 検査： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有（    月    日）→結果： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 ④で有の場合、検査の種類： <input type="checkbox"/> PCR、 <input type="checkbox"/> 抗原定性、 <input type="checkbox"/> 抗原定量	
<b>1 週間以内に COVID-19 陽性者との濃厚接触歴があった</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 （防護具なしで 1m 以内かつ 15 分以上接触）	
<b>1 週間以内に待機期間を要請されている人と接触した</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<b>1 週間以内に発熱・呼吸器症状のある人と接触した</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	