

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： _____

過去1週間の行動などについて回答をお願いします。

いずれかに☑有がある場合は実習を許可できない場合があります。

1. 1週間以内の以下の症状の有無 有 無

発熱（37℃以上） 発疹 呼吸器症状（咳、痰など） 消化器症状（下痢等）

「有」場合の詳細

① _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日に 症状 _____

② 受診：有（ _____ 月 _____ 日） 無

③ ②で有の場合、診断名： _____

検査：無 有（ _____ 月 _____ 日） → 結果：陽性 陰性

2. 1週間以内に感染症（COVID19,インフルエンザ,胃腸炎 等）陽性者との濃厚接触(同居を含む)の有無

有 無