

訪問者健康チェックリスト（COVID-19 対応）

以下の質問について、該当する項目にチェックをお願いします。

1. 本日、37.5℃以上の発熱がある。 体温 _____ ℃	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
2. 本日、咳がある。	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
3. 本日、下痢をしている。	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
4. 本日、皮膚にブツブツが（発疹）ある。	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
5. 現在、新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者として観察期間である。	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
6. 来院2週間以内に、ご自身または周囲の人に熱・咳・下痢・発疹があった。 誰に _____ 症状 _____	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
7. 来院2週間以内に海外渡航歴がある。	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
8. 来院2週間以内に同居者意外との会食やマスクを外しての会合を行った。	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
9. 来院1か月以内に所属する医療機関や学校等において、新型コロナウイルス感染症の集団発生が起こっている。	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
10. 体調管理表（体温等記録表）を記入している。	<input type="checkbox"/> 記入済

訪問者ご署名 _____ 日付 _____ / _____ / _____

部署名：	対応： <input type="checkbox"/> 予定通り・ <input type="checkbox"/> 予定変更
担当責任者：	

※ 担当者へのお願い

- ・ 上記項目について、「あり」の項目がある場合は、医療安全管理室：廣瀬（1719）までご連絡ください。
*病棟への出入りや患者さんとの接触がない場合は担当者の判断で対応してください。
- ・ 記入終了後は医療安全管理室へ提出してください。
- ・ ご不明な点は医療安全管理室：廣瀬（1719）までご連絡ください。

体調管理表

実習予定日： 年 月 日

記録開始日： 年 月 日

日付	体温	咳	鼻水	咽頭痛	頭痛	下痢	その他
	℃	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	℃	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	℃	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	℃	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	℃	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	℃	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	℃	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	℃	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	℃	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	℃	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	℃	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	℃	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	℃	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	℃	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	℃	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	来院日

□ 実習者へ

来院予定前の14日以内に発熱やその他の症状がある、または感染症流行地等への滞在歴がある等の場合は、事前に担当者までご連絡ください。

訪問初日に抗原定性検査等を実施し、陰性を確認後に実習していただきます。