

2020.10.8

採用試験を受験される方、本院を見学される方、実習・研修生の方へ

新型コロナウイルス感染症については、政府の専門家会議における見解および政府の基本方針策定を受け、感染症拡大防止のために様々な対応をとっております。患者さんへ安全な療養環境を提供する目的で下記事項についてご協力をお願いいたします。

1. 試験、見学、実習、研修のために当院へ来院予定の際は「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」を使用し、質問 1 に回答していただき、「はい」がある場合は、直ちに庶務課へ事前にご相談ください。
2. 来院当日は、「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」質問 2 に回答し、「はい」がある場合は、来館を許可できない場合があることをご了承ください。
3. 試験、見学、実習、研修を予定する 2 週間前から、1 日 1 回検温して「検温表」に必要事項を記載していただきます。
4. 試験、見学、実習、研修の当日は、「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」、「検温表」(2で説明した用紙です)を持参し、担当部署へ提出してください。
5. マスク着用の上、来館するようお願いします。(マスクは個人で準備してください)

* 感染予防の観点から、

「換気の悪い密閉空間」、「人が密集した場所」、「近距離での密接な会話」という「3つの密」を回避し、不要不急の外出を避け、日常生活圏内での生活を継続するなど、各自が医療人として自覚ある行動をとることにご理解・ご協力をお願いします。

* 「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」と「検温表」は、

当院ホームページの、インフォメーション [2020.10.8](#) に 掲示した

[採用試験を受験される方、本院を見学される方、実習・研修生の方へ](#) の中から PDF ファイルでダウンロードできます。

<連絡先>

獨協医科大学病院 庶務課職員係

直通Tel: 0282-87-2038

E-mail: syomuka@dokkyomed.ac.jp

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

学校名等：				
令和	年	月	日	氏名：
居住地		都・県	区・市・郡	町
体温		度	分	

*太枠内をご記入ください。

質問事項	回答欄	
① ご自身が新型コロナウイルス感染症と診断されたことがありますか	はい ・いつ 2020年()月()日 ・入院期間 ~	いいえ
② 2週間以内に、コロナウイルス陽性者と接触しましたか	はい ・いつ 2020年()月()日 ・どこで() ・だれ ()	いいえ
③ 2週間以内に、保健所からコロナウイルス濃厚接触者と指定されましたか	はい	いいえ
④ 同居家族または職場(同部署)に、発熱・咳などの症状が出ている人がいますか	はい ・関係(家族・職場・知人・他) ・詳細()	いいえ
⑤ 同居家族または職場(同部署)に、自宅隔離を要請されている人がいますか	はい ・関係(家族・職場・知人・他) ・詳細()	いいえ
⑥ 自分自身や同居家族、または職場に過去2週間以内に海外から帰国した人がいますか。	はい ・国名() ・帰国日 2020年()月()日	いいえ
⑦ 2週間以内に、お住いの都道府県以外の 県に行きましたか	はい ・いつ 2020年()月()日 ・滞在地() ・交通手段() ・目的()	いいえ
⑧ 2週間以内に、50名以上が集まるイベントに参加しましたか	はい ・いつ 2020年()月()日 ・交通手段() ・目的()	いいえ
⑨ 2週間以内にお住いの都道府県内・外によらず、いわゆる”3密“(換気の悪い密閉空間、多くの人の密集する場所、近距離での密接な会話)の 機会がありましたか? 例：複数人での飲食、家族以外の複数人での飲食、接客を伴う飲食、冠婚葬祭なども含む集会参加、集合での運動、カラオケ、ライブ参加、パチンコ、マスクなしでの満員電車、満員のバスへの乗車など	はい ・いつ 2020年()月()日 ・目的()	いいえ

*患者さんへ；本日、以下の症状がありますか？（はい、もしくは、いいえ）に○印をつけてください。

① 発熱(37.5℃以上)	はい 体温()℃	いいえ	⑦ 強いだるさ(倦怠感)	はい いつから()	いいえ
② のどの痛み	はい いつから()	いいえ	⑧ 臭いが分かりにくい	はい いつから()	いいえ
③ 鼻水	はい いつから()	いいえ	⑨ 味が分かりにくい	はい いつから()	いいえ
④ 咳(せき)	はい いつから()	いいえ	⑩ 吐き気・嘔吐	はい いつから()	いいえ
⑤ 痰(たん)	はい いつから()	いいえ	⑪ 下痢	はい いつから()	いいえ
⑥ 息苦しさ	はい いつから()	いいえ	⑫ しもやけ	はい いつから()	いいえ

受取年月日	実習責任者(サイン)	庶務課(サイン)
年 月 日()		

検温表(獨協医科大学病院)

確認(病院用)

この検温表は、来館目的が予定通り実施できるかどうか判断するために使用されます。
患者さん及びご自身の安全を守るために、可能な限り正確に記入してください。この目的以外に使用することはありません。

氏名: _____

日 時		検温した 時間	体温	咳 の有無	倦怠感 の有無	咽頭痛 の有無	味覚・嗅 覚障害の 有無	その他 体調で気になること
14日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
13日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
12日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
11日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
10日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
9日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
8日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
7日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
6日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
4日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
3日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
2日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
1日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	