

## 実習生の方へ

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. 実習開始までに新型コロナウイルスワクチン 3 回接種をしていただきますようお願いいたします。
2. 実習開始 2 週間前: 全ての実習生において、1 日 1 回検温して「検温表」に必要事項を記載してください。
3. 事前に「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」質問 1 に回答していただき、「はい」がある場合は、直ちに管理課へ事前にご相談ください。
4. 実習開始 2 日前: PCR 検査を行ってください。下記 QR コードにある郵送 PCR 検査を推奨いたします。事前にキットを準備してください。(例: 月曜日から実習開始の場合、前の土曜日に唾液を検査機関に送付。日曜日には結果のメールが届くと思います。)
5. 万が一、実習開始時までに結果が届かない場合は、来院せず、リハビリ室へ連絡(0288-76-0627)をしてください。陰性の方のみ実習を開始いたしますので結果の写しをご提出ください。
6. 実習初日: 「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」質問 2 に回答してください。「はい」がある場合は、来院を許可できない場合があることをご了承ください。「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」、「検温表」を持参し、担当部署へ提出してください。
7. マスク着用の上、来院するようお願いいたします。(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・ご協力をお願いいたします。

\* 「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」と「検温表」は、当センターホームページの、[インフォメーション](#) に掲示した [実習生の方へ](#) から PDF ファイルでダウンロードできます。

PCR 検査サイト QR コード



<連絡先> 獨協医科大学日光医療センター管理課庶務係  
代表TEL: 0282-76-1515 E-mail: nmc-kanri@dokkyomed.ac.jp

# 検温表 (獨協医科大学日光医療センター)

確認(病院用)

この検温表は、来院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	

# 新型コロナウイルス感染症に関する問診票

確認(病院用)

感染対策強化のため問診票を作成いたしました。当センターに来院される場合には下記事項を確認いただくようご理解ご協力をお願いいたします。

令和 年 月 日 氏名

お住まいの都道府県名

(質問1:本人記載)

以下の事項について問診してください。

実習部署

質問		お答え	
①	新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
②	2週間以内に、海外にいきましたか？	はい	いいえ
③	2週間以内に「海外やお住まいの県以外に行ったあと、発熱と咳がでてきた人」と、一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
④	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	いいえ
⑤	2週間以内に、お住まいの県以外の県に行きましたか？ 滞在日( ) 滞在期間( ) 目的( ) 交通手段( )	はい	いいえ
		(地名)	
⑥	2週間以内に県内・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、集会参加、集合しての運動、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	いいえ

獨協医大 対応部署	相談・確認 内容
--------------	-------------

(質問2:来院当日に本人が記載)

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	いいえ	⑥	息苦しさ	はい	いいえ
	体温 ( ) ℃			⑦	強いだるさ(倦怠感)	はい	いいえ
②	のどの痛み	はい	いいえ	⑧	臭いがわかりにくい	はい	いいえ
③	鼻水	はい	いいえ	⑨	味がわかりにくい	はい	いいえ
④	咳(せき)	はい	いいえ	⑩	吐き気・嘔吐	はい	いいえ
⑤	痰(たん)	はい	いいえ	⑪	下痢	はい	いいえ