

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される際は「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」を使用し、「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。
「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。
2. 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。
3. 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」(1、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。
4. マスク着用の上、来館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\(2022.5.31 更新\)](#) 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: shokuin-b@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
*太枠内をご記入ください。		体温	度	分

① 今までにご自身または同居のご家族等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 (本人 ・ 家族等) ・いつ 202 年()月()日 ・入院期間 ~	いいえ
② 2週間以内のご自身の体調で、発熱,咽頭痛,咳,鼻汁,頭痛,下痢などの症状がありましたか。	はい (発熱・咽頭痛・咳・鼻汁・頭痛・下痢) ・いつ 202 年()月()日	いいえ
③ ご自身または同居のご家族や行動を共にした知人が、2週間以内に新型コロナウイルス陽性者との接触がありましたか。	はい (本人 ・ 家族 ・ 知人) ・いつ 202 年()月()日 ・どこで() ・だれ ()	いいえ
④ 2週間以内に、ご自身または同居のご家族や行動を共にした知人が保健所から新型コロナウイルス濃厚接触者と指定されていましたか。	はい (本人 ・ 家族 ・ 知人) ・いつ 202 年()月()日	いいえ
⑤ 同居のご家族や行動を共にした知人の2週間以内の体調で、発熱,咽頭痛,咳,鼻汁,頭痛,下痢などの症状がありましたか。	はい (家族 ・ 知人) ・接触日 202 年()月()日 ・(発熱・咽頭痛・咳・鼻汁・頭痛・下痢)	いいえ
⑥ 同居家族や行動を共にした知人、または職場や学校に自宅隔離を要請されている人がいますか。	はい (家族・職場・知人・他) ・詳細 ()	いいえ
⑦ ご自身や同居家族、または職場や学校で過去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 202 年()月()日	いいえ
⑧ 2週間以内に、お住いの都道府県以外の場所に行きましたか。	はい ・いつ 202 年()月()日 ・滞在地 (都県 市町村) ・交通手段 () ・目的 ()	いいえ
⑨ 2週間以内に、屋内・屋外問わず50名以上が集まるイベントに参加しましたか。	はい ・いつ 202 年()月()日 ・交通手段 () ・目的、詳細 ()	いいえ
⑩ 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、公共交通機関(電車・バス・飛行機・船舶)利用、同居家族以外の方との自家用車の同乗など	はい ・いつ 202 年()月()日 ・目的 () ・公共交通機関詳細 () ・自家用車 (同乗者詳細:) ・会場名や所在地 ()	いいえ

*業者の方へ；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

新型コロナウイルスワクチンを接種または予定していますか	接種日または接種予定日 1回目202 年()月()日 2回目202 年()月()日 3回目 202 年()月()日		
問診票確認年月日	立ち入り部署 場所詳細	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	