

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1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\(2023.5.13 更新\)](#) 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
体温	度	分	

*太枠内をご記入ください。

質問事項	回答欄
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 ・外出自粛期間 ~ ・陽性が判明した経緯(症状あり・その他) その時の検査方法は (医療機関での診断 ・ 自主検査)
① の回答欄で “はい” と答えた方にお聞きします。 陽性者の症状の有無と医療機関で判明した場合の医療機関名 または自主検査の場合は、検査キット入手方法を ご記入ください。	・本人 (症状：あり・なし) 医療機関名 () 自主検査のみ (薬局等で購入・その他) ・家族等 (症状：あり・なし) 医療機関名 () 自主検査のみ (薬局等で購入・その他)
② 1週間以内にご自身の体調で、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 ・いつ 202 年()月()日) ・症状詳細()
③ 2週間以内に、ご自身または同居のご家族等が新型コロナ ウイルス陽性者 または新型コロナウイルス陽性者と 同居されている方との接触がありましたか。	はい (本人 ・ 家族等) ・いつ 202 年()月()日 ・どこで () ・だれ ()
④ 1週間以内に同居家族や行動を共にした方の体調で、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 (家族等 ・ 知人) ・接触日 202 年()月()日 ・症状詳細()
⑤ 同居家族または職場(同部署)に、現在外出自粛されている人が いますか。	はい ・関係 (家族・職場・知人・他) ・詳細 ()
⑥ 自分自身や同居家族、または職場などに過去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 202 年()月()日
⑦ 1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 ()
⑧ 1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) や参加している方の中にマスク無の人 がいる集まりに参加した機会はありましたか？ 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 ()

*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 臭い分けにくい	はい いつから ()	いいえ
③ 鼻水	はい いつから ()	いいえ	⑨ 味が分けにくい	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接種状況	202 年()月()日 () 回目終了		
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、患者さんの体調を正しく把握するために使用されますので、可能な限り正確に記入してください

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
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	

原本をスキャナー

検温表(受験者・見学者・実習生用)vol 2 作成日2023.5.13