インターンシップ・病院見学会参加者の皆様へ

**当日記入し持参してください**

**新型コロナウイルス感染症防止対策について**

**～セルフチェックにご協力ください～**

名前

緊急連絡先

＊下記のセルフチェックリストに1項目でも該当がある方、または体温が37.0度以上の方は

参加を見合わせていただきますので事前に連絡先にご連絡ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 自覚症状（ここ1週間以内の有無をお答えください） | 症状の有無 |
| 咽頭痛・咳嗽 | 　 あり | 　 なし |
| 鼻水や鼻閉 | あり | なし |
| 息苦しさ | あり | なし |
| 全身倦怠感 | あり | なし |
| 頭痛や吐き気 | あり | なし |
| 下痢 | あり | なし |
| 味覚や嗅覚の異常 | あり | なし |
| 直近2週間以内に37度以上の発熱はありませんか | あり | なし |
| 家族や職場・学校など身近な人に上記の症状がある方はいませんか | あり | なし |

|  |  |
| --- | --- |
| 当日（　　　年　月　日）朝の体温　 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 参加直前の体温 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ワクチンの接種 | 有無に〇を | 年月日 |
| 1回目 | 有　　　　　無 | 　　　年　　　月　　　　日 |
| 2回目 | 有　　　　　無 | 　　　年　　　月　　　　日 |
| 3回目 | 有　　　　　無 | 　　　年　　　月　　　　日 |
| 4回目 | 有　　　　　無 | 　　　年　　　月　　　　日 |

＊新型コロナウイルスの院内感染やクラスターが認められた場合には、中止することがありますのでご了承ください。その場合には連絡先に電話させていただきます。

●感染防止のため、以下についてご協力お願いします。

・サージカルマスクの着用（ご持参ください）

・手洗いと手指の消毒

・フェイスシールドの着用（ご持参ください）

・ソーシャルディスタンスの確保と咳エチケットの徹底

【個人情報の取り扱いについて】

・ご記入いただいた個人情報につきましては、看護部で責任を持って保管・管理し、新型コロナウイルス感染用の拡大防止の目的のみに使用いたします。

・インターンシップ・病院見学会終了後1週間経過した時点で廃棄させていただきます。

＊個人情報の取り扱いにつき同意する□

**連絡先**：済生会奈良病院　看護部　杉下薫

**TEL　0742-36-1881**