実習のために当院へ来院予定の際は、下記の問診に回答して頂き、「はい」がある場合は、看護部に事前にご相談ください。

実習期間中に健康観察票に記載している項目に該当するものが発生した場合には、速やかに看護部に連絡ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 質問 | お答え |
| 1 | 実習開始前2週間までに、発熱や呼吸器症状等の症状（別紙の健康観察票参照）がありましたか | はい | いいえ |
| 2 | 1ヵ月以内に、新型コロナウイルス感染症にかかった方と接触がありますか | はい | いいえ |
| 3 | 2週間以内に、海外に行きましたか　□滞在地：　□滞在期間： | はい | いいえ |
| 4 | 2週間以内に、お住まいの都道府県以外の県に行きましたか　□滞在地：　□滞在期間：　□交通手段： | はい | いいえ |

健康観察票

該当するものにㇾをつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　観察期間：実習開始前2週間から実習終了まで

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 　　月　　日（　　） | 　　月　　日（　　） | 　　月　　日（　　） | 　　月　　日（　　） | 　　月　　日（　　） | 　　月　　日（　　） | 　　月　　日（　　） |
| 最高体温 | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ |
| 呼吸器症状 | 咳嗽 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 呼吸困難 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 鼻汁・鼻閉 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 咽頭痛 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| その他 | 嗅覚障害 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 味覚障害 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 嘔気・嘔吐 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 結膜充血 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 頭痛 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 全身倦怠感 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 関節筋肉痛 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 下痢 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 感染者と　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　接触した可能性 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 同居者に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記の症状あり | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

■37.5℃以上の発熱の場合は、実習中止とする。ただし、平熱や他の症状を勘案し37.0℃から37.4℃については総合的に判断する。

■同居者が感染者あるいは感染者との濃厚接触者であることが分かった場合は、速やかに連絡する。