

## 感染に関する調査票

病院見学・病院実習・インターンシップ予定期間

年	月	日	～	年	月	日
---	---	---	---	---	---	---

氏名

学校名

職種

電話番号

メール

体温	・	°C	体温測定時間	時	分
----	---	----	--------	---	---

問1. コロナ感染陽性、またはみなし陽性と言われたことがありますか。  
※みなし陽性とは、検査をしないで医師に陽性と診断されたことをいいます。

はい

いいえ

隔離解除日  
年 月

問2. 新型コロナのワクチン接種を受けたことがありますか。

接種した ( 回) (例: 3回)

直近で接種した年月はいつですか？

年 月 (例: 2022年2月)

接種していない

問3. ここ2週間の間で、あなたにこれらの症状はありましたか。

- |               |                             |                             |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1 熱(37.5°C以上) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 2 咽頭痛         | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 3 関節痛         | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 4 咳           | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 5 鼻水          | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 6 下痢          | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 7 嘔吐          | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 8 腹痛          | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

問4. あなたのまわり、家族・学校(クラス)で何らかの感染症等で休んでいる方はいますか。

はい

いいえ

「はい」の場合、感染症等がわかれば記入してください

( )