

公立昭和病院院内見学者感染症申告書

この様式は、院内見学を2日以内で行う方を対象としています。
3日以上見学をする方は、公立昭和病院研修生等感染症申告書の提出が必要になります。

記入日： 年 月 日

氏名： _____

見学場所： _____

対応部署または受入責任者： _____

Q1 発熱（37.5℃以上）、感冒症状（咳・鼻汁）、胃腸炎症状（下痢・嘔吐）、アレルギーを除く結膜炎症状（眼脂・充血）がありますか？

はい いいえ

Q2 1週間以内に、赤い発疹、水疱皮膚症状、耳の前下部が腫れるなどの症状がありましたか？（ただし、普段からある皮疹は除きます）

はい いいえ

Q3 3週間以内に、「はしか」「水ぼうそう」「風しん」「おたふくかぜ」に罹っている人と接触がありましたか？

はい→Q4へ いいえ→Q5へ

Q4 Q3で「はい」と答えた方は、接触した疾患に罹ったこと、またはワクチンで抗体がありますか？

はい いいえ／わからない

Q5 喘息などを除き、2週間以上続く咳はありますか？

はい いいえ

Q6 健康診断で結核の疑いを指摘されたことはありますか？

はい いいえ

***** 見学前に必ず記入して、見学受け入れの責任者に提出して下さい。*****