

実習に際しての事前チェックリスト

記載日： / /

所属施設・学校

氏名

※過去 7 日以内の行動等について回答をお願いします。

○	該当項目に○をつける。
	発熱（37.0℃以上）したことがあった あった場合の詳細 ① 月 日 ～ 月 日に ℃ ②受診（○をつけてください）： 有（ 月 日） ・ 無 ③②で有の場合診断名：
	呼吸器症状があった（咳嗽、咽頭痛、痰など） あった場合の詳細 ① 月 日 ～ 月 日に ℃ ②受診（○をつけてください）： 有（ 月 日） ・ 無 ③②で有の場合診断名：
	その他の症状があった（味覚・嗅覚異常、下痢、関節痛、強い倦怠感等） あった場合の詳細：何が（ ） ① 月 日 ～ 月 日に ℃ ②受診（○をつけてください）： 有（ 月 日） ・ 無 ③②で有の場合診断名：
	COVID-19 陽性者との濃厚接触があった
	※以下設問は、国内及び県内の感染流行フェーズに応じて回答を求める 過去 7 日以内で ☐ 他県に出かけた 都道府県 市 ☐ 大人数で会食などの期会があった あった場合は詳細を確認
	上記を全て確認し、該当する項目はない

※新型コロナウイルスワクチン接種について（該当項目に○をつけ必要な方は記載する）

新型コロナウイルスワクチン接種	未 ・ 最終接種（ 年 月 日接種） 回目
-----------------	-----------------------

書面及び口頭で確認をし、下記 決定とする。

実習の可否： 可 ・ 否

決定者：

※1 部コピーして感染対策室に提出してください。