

# 新型コロナウイルス感染症に関する調査票（病院見学用）

茨城県西部メディカルセンター

病院見学予定日時 20 年 月 日（ ） 時 分 ～

氏名 \_\_\_\_\_

学校・学部名 \_\_\_\_\_

専門・専攻職種 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

メール \_\_\_\_\_

問1 見学予定日前2週間以内に海外渡航のある方、または訪れた人と濃厚接触しましたか？

はい

いいえ

↓

時期を記入してください

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日ごろ

↓

訪れた人（本人・家族等）

\_\_\_\_\_ 該当の国

## 濃厚接触の定義

- ・マスクを使用せずに同居あるいは2メートル以内で15分の接触（特に車内や航空機内、会議、会食等の閉鎖空間にいた）があった。
- ・適切な感染防護具無しに感染者に直接接し、気道分泌液・体液（汗を除く）の汚染物質に直接接触した。

問2 見学予定日前5日間以内に、発熱や体調不良（咳、息苦しさ、強いだるさ、味・においを感じない）等、何か症状が出たことがありますか？

ある

ない

↓

出た症状を記入してください

\_\_\_\_\_

問3 見学予定日を最終日として5日間の体温及び体調不良の有無を記入してください。

日付(月/日)	/	/	/	/	/
体温(°C)					
体調不良	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無