

感染対策 ー●インターンシップにおける情報確認シート●ー

以下の太枠線内に情報を記載してください、特にない場合はチェックボックスに☑してください

インターンシップ日時	令和 年 月 日 () 9:30~14:00										
所属機関 (養成校など)											
氏名 (ふりがな)	()										
行動・健康観察記録	当日より1週間前からの発熱などの感冒症状や下痢・嘔吐などの消化器症状など 当日より1週間前からの行動記録・海外渡航歴など										
日付	行動記録 ※海外渡航等無ければ☑	健康観察 ※ありまたはなしを○で囲ってください									
		発熱	体温	息切れ	咽頭痛	鼻汁	頭痛	倦怠感	咳	嘔吐	下痢
月 日	<input type="checkbox"/> なし	あり・なし	. °	あり・なし							
月 日	<input type="checkbox"/> なし	あり・なし	. °	あり・なし							
月 日	<input type="checkbox"/> なし	あり・なし	. °	あり・なし							
月 日	<input type="checkbox"/> なし	あり・なし	. °	あり・なし							
月 日	<input type="checkbox"/> なし	あり・なし	. °	あり・なし							
月 日	<input type="checkbox"/> なし	あり・なし	. °	あり・なし							
当日(/)	<input type="checkbox"/> なし	あり・なし	. °	あり・なし							

周辺状況記録	当日より1週間前からの周辺状況の情報記録
同居人や周辺関係者の感染症罹患などあれば記載してください	
<input type="checkbox"/> 同居人等の感染罹患など無し	
(感染症：麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎・インフルエンザ・コロナ2019・ノロウイルス・結核など)	

【お願い】

1. 以下の場合は来院せず、当院 看護部までご連絡ください。
 - 1) 体調不良※時 2) 同居人など身近に感染症等の罹患者または罹患を強く疑う場合
2. 日常生活でも感染予防策の徹底をお願いします。

【インターンシップにあたってのお願い】

1. 体験当日より1週間前から上記項目の記録をお願いします。
2. 体験終了後1週間以内に感染症等の罹患や罹患を強く疑う場合は、速やかに当院 看護部までご連絡ください。

※体調不良とは、発熱などの感冒症状や咳・息切れなどの呼吸器症状、嘔吐・下痢などの消化器症状などで

連絡先：0584-77-6110 [代表] 大垣徳洲会病院 看護部 宛

大垣徳洲会病院 ICT
令和5年4月 作成