赴任者・実習・見学者等行動調査票(Ver.4) 第1週

総合病院水戸協同病院 新型コロナウイルス感染症対策本部長

1.	これまでに、新型コロナワイルス感染者との接触がありましたが。 □ いいえ □ は い (※はいの場合、詳細を記入してください												
2.	家族や職場等で、発熱をしている方や肺炎と診断された方がいますか。 □ いいえ												
	ロはい	() \	つ頃: 月		日)(接角	虫状況:) (関	係:				
3.	2週間以内に□ いいえ	緊急	事態宣言対象地域	は滞在	または居	住してい	ハましたか) ₇ °					
	□ は い 所:	()	つ頃:	月	日) (持	湯)							
4.	2週間以内に緊急事態宣言地域に滞在または居住していた方と接した事はありましたか。□ いいえ												
	□はい	(V)	つ頃: 月		日)(場	所:) (接	触状況:				
5. 実習開始前 <u>2週間の行動</u> (予定を含む)として当てはまる項目にチェック☑を入れ、 時期、期間、場所、移動方法等の記載をお願いします。									はいの	場合は			
	• 茨城県外	への種	多動、滞在 □	はい	()		いえ		
	・パチンコ	、遊技	支場* □	はい	()	□ V.	いえ		
・コンサート、ライブ 口はい() 🗆 いいえ					
	・スポーツ	観戦		□ itv () □ vv							いえ		
	飲み会等	の飲1	a	□ はい (□ V	いえ		
	• 遊興施設	**		□ はい() 🗆 いいえ				
・その他 口 はい () 🗆 いいえ					
		-	-ムセンター・麻雀: ・オケ、スナック、		ブニキャバ	1/- 州	:風俗店かり	3					
	近兴旭以	. /4 /		` ` ` ` ' ' '), <i>4 4</i> /,	V , 13		•					
6.	実習開始2週間前から7日間の体温測定と体調について記載をお願いします。												
	日付		体温	ļ	咳	咽	頭痛	鼻	汁	Ŧ	痢		
	月	日	$^{\circ}$	有	無	有	無	有	無	有	無		
	月	日	$^{\circ}$	有	無	有	無	有	無	有	無		
	月	日	$^{\circ}$ C	有	無	有	無	有	無	有	無		
	月	月	$^{\circ}$	有	無	有	無	有	無	有	無		
	月	日	$^{\circ}$	有	無	有	無	有	無	有	無		
	月	月	$^{\circ}$	有	無	有	無	有	無	有	無		
	月	目	$^{\circ}$	有	無	有	無	有	無	有	無		
						記	載日	左	Ē	月	日		

※赴任者は第1週目分を当院庶務課へメールで報告してください ※体調不良、または PCR 対象者になった場合は当院庶務課へ TEL 連絡してください ※実習・見学者等は第1週目分を指定された各担当部署等へ提出してください

氏

名:_____

赴任者・実習・見学者等行動調査票(Ver.4) 第2週

総合病院水戸協同病院 新型コロナウイルス感染症対策本部長

1.	これまでに、新型コロナウイルス感染者との接触がありましたか。 □ いいえ □ は い ()	
2.	※はいの場合、詳細を記入してください家族や職場等で、発熱をしている方や肺炎と診断された方がいますか。いいえはい(いつ頃: 月)(接触状況:)(関係:)			
3.	□ いいえ	□ いいえ			域に滞在または居住していましただ							,
4.	1 週間以内に □ いいえ	週間以内に緊急事態宣言地域に滞在または居住していた方と接した事はありましたか。 □ いいえ)	
5.	□ は い (いつ頃: 月 日)(場 所:)(接触状況: 実習開始前 1週間の行動(予定を含む)として当てはまる項目にチェック 2を入れ、はいの場合は時期、期間、場所、移動方法等の記載をお願いします。 ・茨城県外への移動、滞在 □ はい () □ いいえ)	
	・パチンコ、遊技場* ・コンサート、ライブ ・スポーツ観戦			はいはい	() □ いいえ) □ いいえ) □ いいえ					
	・飲み会等・遊興施設・その他	の飲食		はいはい	() \(\bullet\);) \(\bullet\);) \(\bullet\);				
*遊技場:ゲームセンター・麻雀荘 **遊興施設:カラオケ、スナック、バー、パブ、キャバレー、性風俗店など 6. 実習開始1週間前から7日間の体温測定と体調について記載をお願いします。										·		
	日付		体温		咳		咽頭痛		鼻汁		下痢	
	月	目	℃	有	無	有	無	有	無	有	無	
	月	日	$^{\circ}\!\mathbb{C}$	有	無	有	無	有	無	有	無	
	月	日	$^{\circ}$	有	無	有	無	有	無	有	無	
	月	日	$^{\circ}$	有	無	有	無	有	無	有	無	
	月	日	$^{\circ}$	有	無	有	無	有	無	有	無	
	月	目	$^{\circ}$	有	無	有	無	有	無	有	無	
	月	日	$^{\circ}\!\mathbb{C}$	有	無	有	無	有	無	有	無	
						記	載日	年	<u>=</u>	月	F	3

※第2週目分は当日持参し、当院庶務課・各所属長へ提出してください ※体調不良、または PCR 対象者になった場合は当院庶務課へ TEL 連絡してください

氏

名:_____