

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

- 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 ()

※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 日) (接触状況:) (関係:)
- 2週間以内に緊急事態宣言対象地域に滞在または居住していましたか。

いいえ

はい (いつ頃: 月 日) (場所:)
- 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がありましたか。

いいえ

はい (いつ頃: 月 日) (場所:) (接触状況:)
- 実習開始前2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☑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* はい () いいえ
 - ・コンサート、ライブ はい () いいえ
 - ・スポーツ観戦 はい () いいえ
 - ・飲み会等の飲食 はい () いいえ
 - ・遊興施設** はい () いいえ
 - ・その他 はい () いいえ

*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
- 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	咳	咽頭痛	鼻汁	下痢
月 日	℃	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
月 日	℃	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
月 日	℃	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
月 日	℃	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
月 日	℃	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
月 日	℃	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
月 日	℃	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

記 載 日 年 月 日

氏 名 : _____

※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

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

- 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 ()

※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 日) (接触状況:) (関係:)
- 1週間以内に緊急事態宣言対象地域に滞在または居住していましたか。

いいえ

はい (いつ頃: 月 日) (場 所:)
- 1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がありましたか。

いいえ

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 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* はい () いいえ
 - ・コンサート、ライブ はい () いいえ
 - ・スポーツ観戦 はい () いいえ
 - ・飲み会等の飲食 はい () いいえ
 - ・遊興施設** はい () いいえ
 - ・その他 はい () いいえ

*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
- 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 日	℃	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
月 日	℃	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
月 日	℃	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
月 日	℃	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
月 日	℃	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
月 日	℃	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
月 日	℃	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

記 載 日 年 月 日

氏 名 : _____

※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