

## 病院見学等情報提供書（2020年7月11日以降）

※「新型コロナウイルス感染症」対策の一環ですので、ご協力をお願い致します。

氏名（漢字 / カタカナ： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ）

居住地（都道府県・市）（ \_\_\_\_\_ ） 施設名（ \_\_\_\_\_ ）

1. 病院訪問当日（（西暦） \_\_\_\_\_ 年 / \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 日）

・本日の体温（ \_\_\_\_\_ 度）

2. 病院訪問当日、下記に該当すれば、□ に ✓ をつけて下さい。

・37.5度以上（又は、普段よりも+1度以上）の発熱がある。 □ 有り □ 無し

・咳、鼻水、咽頭痛、息苦しさや倦怠感の症状がある。 □ 有り □ 無し

・普段と違って、「におい」や「あじ」を感じにくい。 □ 有り □ 無し

※ 下記の3.4.の項目に該当する場合、状況の詳細についてお尋ねさせていただきます。

「有り」の場合は、岡山大学病院総務課卒後研修担当にメールにてご連絡ください。

3. 病院訪問日までの過去14日以内に、下記に該当すれば、□ に ✓ をつけて下さい。

・新型コロナウイルス感染者と接触したことがあった。 □ 有り □ 無し

・ご本人に上記2の症状のいずれかがあった。 □ 有り □ 無し

・同居している家族等に上記2の症状のいずれかがあった。 □ 有り □ 無し

4. 病院訪問日までの過去14日以内に、新型コロナウイルス感染症の「流行地」に行きましたか。下記に該当すれば、□ に ✓ をつけて下さい。

※ 2020年7月9日時点の流行地とは、「海外」各国および国内（北海道、東京、神奈川県、埼玉、千葉、大阪）が該当します。 □ 有り □ 無し

5. その他、特記すべき事項がありましたら、記載して下さい。

（ \_\_\_\_\_ ）

診療科名： \_\_\_\_\_

指導医名： \_\_\_\_\_

※ 卒研センタースタッフとの面談時にご提出下さい。ご協力ありがとうございました。