院内見学者チェックシート

※この用紙は院内見学1日のみの方が対象です。2日以上の方は流行性ウイルス疾患抗体価、及び胸部レントゲンの結果の提出が必要です。

≪記入日:　　年　　月　　日≫

≪見学部署:　　≫

≪見学者名:　　≫

≪対応部署及び受け入れ責任者:　　科・部

＊該当する項目にレチェックを記入してください。

Q1　発熱(37.5℃以上)、感冒症状(咳、鼻汁)、胃腸炎症状(嘔吐、下痢)、アレルギーを除く結膜炎症状(眼脂、充血)がありますか？

□ はい　　□ いいえ

Q2　1週間以内に赤いぶつぶつ(発疹)、水をもったぶつぶつ(水疱)皮膚症状や耳の前下部が腫れるなどの症状がありましたか？(ただし、普段からの皮疹は除きます)

□ はい　　□ いいえ

Q3　3週間以内に、『はしか』、『水ぼうそう』、『風しん』、『おたふくかぜ』にかかっている人と接触がありましたか？

□ はい→Q4　□ いいえ→Q5

Q4　Q3で接触した疾患に過去に罹患またはワクチンで抗体がありますか？

□ はい　　□ いいえ/わからない

Q5　喘息などを除き、2週間以上続く咳はありますか？

□ はい　　□ いいえ

Q6　健康診断のレントゲンで結核の疑いの指摘は受けていますか？

□ 受けている　□ 受けていない

*見学前に必ず記入して、見学受け入れの責任者に提出して確認を受けてください。
*記入後の保管は庶務が管轄する。(医師のみ。他部署はそれぞれの部署で保管する
*問い合わせ先　庶務課庶務係(内3416)

東京都立小児総合医療センター