

新型コロナウイルス感染症流行期 藤沢市民病院での実習（見学）の皆さまへ

新型コロナウイルス感染症流行期に藤沢市民病院での実習（見学）をされる皆さまに、感染防止対策の実践と調査票のご記載、ご持参をお願いしています。

-感染防止対策 -

- (1) 院内での不織布マスク着用の徹底※¹
- (2) 正しい不織布マスクの着用
- (3) 正しい手洗いあるいは正しい手指消毒の徹底
- (4) ソーシャルディスタンス（適切に他人と身体的距離をとること）※²
- (5) 日々の体調を把握し、少しでも調子が悪ければ自宅待機

※¹：病院内では必ず不織布マスクを着用し実習（見学）を行うこと

※²：咳、くしゃみだけでなく、会話でもエアゾルが発生し 2m 程度飛散する

- ・ 体調不良時は来院前にご連絡をお願いいたします。
- ・ 実習（見学）当日に、調査票を確認します。

その結果、実習（見学）をご辞退（中止・延期）いただくことがあることをご了承ください。

・ 実習終了後、2 日以内に発熱（37℃以上）や感冒症状が出た場合には、ご連絡をお願いします。

知らないうちに、拡めちゃうから。



藤沢市民病院 院長
西川 正憲

調査票

実習（見学）日の朝に記載してください

【注】調査票の質問事項に真実をご記載ください。

氏名： _____

所属： _____

実習（見学）日： 年 月 日

本日の体温 °C ※37°C以上は実習（見学）不可

【質問事項】 該当項目に○又は必要事項を記入して下さい

1)本日又は前日に以下の症状がありますか

発熱	有り	・	無し
咳嗽	有り	・	無し
咽頭痛	有り	・	無し
鼻汁	有り	・	無し
関節痛	有り	・	無し
筋肉痛	有り	・	無し
倦怠感	有り	・	無し
味覚障害	有り	・	無し
嗅覚障害	有り	・	無し
下痢	有り	・	無し

2)あなた自身が7日以内に新型コロナ陽性と判明している

有り ・ 無し

有りの場合： 症状出現日 月 日 陽性判明日 月 日

3)同居者が5日以内に新型コロナ陽性と診断され、あなた自身が濃厚接触者である

有り ・ 無し

有りの場合： 陽性者と会った最終日 月 日

上記設問に対して「はい」の項目がある場合は、実習（見学）をご辞退ください。