［改訂 6］

見学者へのお願い

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の院内感染予防のため、下記の項目について
確認させていただいております。はい、いいえについてチェックをお願いします。

私（見学者）は、

はい　いいえ

１、本日を含めて過去 7 日間以内に発熱、咳、鼻汁*、下痢、嗅覚・味覚障害を認めません。
*花粉症、アレルギー性鼻炎を除く　☐　☐

２、同居する家族には、私も含め、COVID-19 感染者（疑い含む）・濃厚接触者に該当する者はいません。　☐　☐

３、勤務する病院・クリニック、または在籍する大学等では、COVID-19 の院内・学内感染の発生は、過去 7 日間以内にありません。　☐　☐

４、COVID-19 患者（疑い含む）との 7 日間以内の接触歴（距離・時間に関わらず）はありません。
☐　☐

$上記の質問に関して、「いいえ」の場合でも、十分な予防策（マスク・フェイスシールド等・ガウン・手袋を着用）を行い診療にあたっていた場合は、「はい」に☑を入れて構いません。

５、過去 7 日間に海外渡航歴はありません。　☐　☐

$ 海外渡航歴がある場合は、帰国後 8 日以上経過しており、**かつ**、日本政府や帰国者が入国者に求めている自宅等での自己隔離期間を過ぎている場合は「はい」に☑をいれて構いません**。

**政府の防疫対策は随時変更されることがあるので適宜、確認が必要です。

６、過去 7 日間以内に人が密集する空間（ライブハウス・カラオケ、接待を伴う飲食店）には参加しておりません。　☐　☐

７、新型コロナウイルスワクチンを 3 回接種済みです。　☐　☐

上記に相違ありません。

年　　月　　日

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　見学者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

提出先：国立成育医療研究センター教育研修センター