

年 月 日

国立研究開発法人
国立成育医療研究センター理事長 殿

(施設名)

(施設代表者)

代表
者印

見学依頼書

記

日時：令和 年 月 日 曜日

見学科（担当医師）：

見学目的：

見学者氏名：

（氏名）

（役職）

国立研究開発法人国立成育医療研究センター施設内見学に際しての注意事項

1. 施設見学に際し、以下の項目に該当する方は、感染対策の観点から見学の受け入れをお断りさせていただきますので、ご了承ください。

○次の症状が前日あるいは当日まである場合

- ・ 咳がでる方
- ・ 発熱している方
- ・ 下痢の症状がある方
- ・ 感染の可能性のある発疹のある方
- ・ その他、感染性のある病気をお持ちの方

○次の病気に罹ったことや予防接種を受けたことが無く、かつ、3週間以内に該当疾患の患者さんと接触した事がある場合

- ・ 麻疹（はしか）
- ・ 水痘（みずぼうそう）
- ・ 風疹
- ・ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）

2. 病棟等の衛生管理を要する場所に入る場合には、次の点を守って頂きますよう、お願い致します。

- ・ 上着は脱いでおいてください。
- ・ 髪の毛が長い方は、束ねておいてください。
- ・ 職員の指示がある場合は、マスク、ガウン、メディカルキャップ等を着用してください。
- ・ 手洗い等、その他衛生管理上必要なことも、職員の指示があれば速やかに行ってください。

3. その他、当センター内においては、次の点をくれぐれも守って頂きますよう、お願い致します。

- ・ 更衣室等、職員専用のスペースには絶対に立ち入らないでください。
- ・ 外来棟及び病棟内の撮影は厳禁。
- ・ 案内者、職員の指示に従い、単独での行動は慎んでください。

【病院訪問に関する同意書】

様式3

国立成育医療研究センターでは、病院訪問（業務や、病棟イベントを行うための見学者[※]など）を受け入れています。入院している重症な子どもたちを守る為、感染予防・医療安全の観点から、下記の項目にチェック、署名をお願いいたします。

【健康状態の確認】

来院2日以内で、下記に当てはまる場合はチェックを記入してください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 咳・鼻汁がある | <input type="checkbox"/> 発熱している（37.5℃以上） |
| <input type="checkbox"/> 下痢をしている | <input type="checkbox"/> 目やに・眼の充血がある（アレルギーを除く） |
| <input type="checkbox"/> 皮膚に新しい発疹や傷がある | <input type="checkbox"/> 手指に傷がある |
| <input type="checkbox"/> 皮膚に赤い発疹が帯状にある | <input type="checkbox"/> 吐いている、吐き気がある |
| <input type="checkbox"/> 皮膚にチクチクした痛みがある | |

上記の項目に該当する場合、病棟への訪問をご遠慮いただく事となりますのでご了承ください。

上記の項目に該当せず、現在の健康状態に問題はない

※見学者：子どもたちへイベントなどを行うために訪問される方で、子どもとも触れ合う方。期間が1日の場合は、本同意書のみで訪問できます。2日以上に渡って訪問される場合は、別途検査などが必要になります。

【入院病棟訪問に当たっての注意点】

- ◆ 病棟出入り口や患者病室への入室時には、その都度、手洗いや手指用アルコールによる消毒を行ってください。
- ◆ 個人情報保護の観点から、事前に承諾を得ていない患者さん・ご家族、職員、病棟環境の撮影はできません。また、知りえた患者さん・ご家族や職員の個人情報、国立成育医療研究センターの機密事項を第三者へ漏らさないでください。
- ◆ 入院病棟は患者さん・ご家族のプライベートな生活空間であるため、勝手に立ち入ったり、携帯電話での通話や私語を慎むなど配慮して行動していただきますようお願いします。
- ◆ その他、職員の指示に従ってください。

上記の内容について、同意いたします。

年 月 日 訪問先 _____ 署名 _____

（続柄） 本人・他（要記載） _____

施設使用欄

受付担当者	受入責任者	総務係