

健康・滞在先調査票

九州歯科大学附属病院 臨床研修センター

記入年月日 令和 年 月 日

緊急時連絡可能な携帯番号：

氏名：

歯科医療機関からコロナウイルスが拡大することは断じて許されません。自身の職責を考慮し、ご協力ください。

1. 国内、海外の滞在について、その期間と場所を記入してください。（令和2年1月～現在）

国名：	都市名：	期間：	～
国名：	都市名：	期間：	～
国名：	都市名：	期間：	～
国名：	都市名：	期間：	～
国名：	都市名：	期間：	～

*国内の場合は、都市名から記入してください。

2. 新型コロナウイルス感染症の患者、あるいは疑いのある患者と同じ空間を共有したことはありますか。

はい いいえ

（はいの場合 日時： 場所や都市名： ）

3. 呼吸症状（咳、息苦しさ）や筋肉痛、消化器症状、全身の倦怠感、発熱などの症状を呈したことがありますか。

はい いいえ

はいの場合 具体的な症状：

4. 3で「はい」を回答した方は、当該症状より病院を受診しましたか。

はい いいえ

はいの場合 病院名： 受診日：

症状のある、あった期間を記入してください。

期間： ～

5. 今後3月16日以降の国内、海外の滞在予定について、その期間と場所を記入してください。

国名：	都市名：	期間：	～
国名：	都市名：	期間：	～
国名：	都市名：	期間：	～
国名：	都市名：	期間：	～
国名：	都市名：	期間：	～

*国内の場合は、都市名から記入してください。

渡航地域によっては、研修を4月1日から行えない場合があります。