

新型コロナウイルス感染症防止のための申告書(B)

- 私は、現在以下のすべての条件を満たしており、新型コロナウイルス感染症のローリスク者であることを申告いたします。
 - 現在、濃厚接触者として保健所の健康調査の対象ではありません
 - 訪問する時点で COVID-19 を疑わせる症状（発熱、咳、呼吸困難、味覚・嗅覚の異常など）がありません
 - ワクチンの接種歴について、3 回分のワクチン接種を証明できる書類を提出します。
- 順天堂医院への新型コロナウイルス感染症の持ち込みを防止するため、私は以下のことを遵守することを誓約いたします。
 - 訪問以前の 3 日間、および当院での「診療/見学/実習」（以下「診療」）終了後から 48 時間までは、1 日 2 回の体温測定を行います。
 - 訪問中に院内で体調不良となった場合には、直ちに診療を中止し院外へ退去します。
 - 訪問期間中に院外で体調不良となった場合には、当院に来院せず、直近の診療した日を診療科の当直、あるいは受け入れ部署の実習担当者ならびに所属施設の担当者に報告・相談いたします。
 - 当院での診療終了後 48 時間以内に体調不良となった場合、あるいは COVID-19 と診断された（疑いも含む）場合には、直ちに受け入れ元の責任者ならびに所属施設の担当者へ連絡いたします。

当院での診療予定日時： 始 202 年 月 日 時 分
至 202 年 月 日 時 分

受入診療科・部署： _____

以上につき、相違ございません。

署名： _____

連絡先（携帯）： _____

記載日： 202 年 月 日