

施設利用に係る新型コロナウイルス感染予防対策事前申出書

日本赤十字秋田看護大学 学長様

網掛けの部分を入力してください。

利用年月日	令和 3 年 1 1 月 2 0 日 (申出日) 以下該当する項目の口に✓を入れてください。	
利 用 施 設	☐ 学内全般 ☐	
利 用 目 的	☐ 学校推薦型選抜、社会人・学士等選抜	
利 用 時 間	8 : 0 0 ~	
利 用 者	氏 名 (自 署)	(所属団体名 :)
	居 住 地 (県内は市町村名まで)	☐ 県内 (市町村名 :) ☐ 県外 (都道府県名 :)
	連絡先 (電話番号)	()
入 構 時 の 体 調 等	ア) 入構時現在の体温 (普段の平熱も記入してください)	(平熱 度)
	イ) 発熱、咳、咽頭痛、鼻汁・鼻閉、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気・嘔吐など風邪の症状がありますか。	いいえ ・ はい
	ウ) だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)の症状がありますか。	いいえ ・ はい
	エ) 味覚や嗅覚の異常の症状がありますか。	いいえ ・ はい
	オ) 体が重く感じる、疲れやすい等の症状がありますか。	いいえ ・ はい
	カ) 過去 14 日以内に新型コロナウイルス感染陽性とされた者と接触したことがありますか。	いいえ ・ はい
	キ) 過去 14 日以内に同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいましたか。	いいえ ・ はい
	ク) 過去 14 日以内に秋田県外へ移動したことがありますか。又は秋田県外から移動してきましたか。	いいえ ・ はい
	ケ) 過去 14 日以内に秋田県外へ移動したことがある者等と接触したことがありますか。	いいえ ・ はい
	コ) 過去 14 日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされる国、地域等への渡航しましたか。	いいえ ・ はい
	サ) 過去 14 日以内に上記渡航者と接触したことがありますか。	いいえ ・ はい
	シ) 新型コロナウイルスワクチンの接種状況をお答えください。 (ワクチン証明をお持ちの場合はご提示ください。)	A: 2 回接種済 B: 1 回接種済 C: 未接種
	ス) 入構日前 3 日以内に PCR 検査を受けましたか。	いいえ (はい(陰性・陽性))
セ) 感染が発生した場合において、感染拡大防止のため保健所など公的機関に対する本申出書内容の情報開示を承諾しますか。	いいえ ・ はい	

※1 濃厚接触者

●「濃厚接触者」とは、「患者(確定例)」「(無症状病原体保有者)を含む。以下同じ。)の感染可能期間において当該患者が入院、宿泊療養又は自宅療養を開始するまでに接触した者のうち、次の範囲に該当する者である。

- ・患者(確定例)と同居あるいは長時間の接触(車内、航空機内等を含む)があった者
- ・適切な感染防護なしに患者(確定例)を診察、看護若しくは介護していた者
- ・患者(確定例)の気道分泌液もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高い者
- ・その他: 手で触れることの出来る距離(目安として 1 メートル)で、必要な感染予防策なしで、「患者(確定例)」と 15 分以上の接触があった者(周辺の環境や接触の状況等個々の状況から患者の感染性を総合的に判断する)。

国立感染症研究所感染症疫学センター 新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領(令和 3 年 1 月 8 日版)より抜粋

記載要領・注意事項

- 利用年月日 実際に本学の施設を利用する日にちを記載してください。
複数日にわたる場合も、個々の日にち毎にその都度記載提出をお願いします。
- 利用施設 利用する(立ち入る)施設が複数ある場合はその全ての□にチェックを入れてください。
また、②③④についてはその室番号を記載してください。
予め施設区分が記載されていない場合は⑥その他にチェックし、その具体名を記載してください。
- 利用目的 利用目的の該当欄□全てにチェックを入れてください。予め記載されている項目に該当するものがない場合は、⑧その他にチェックし、その具体的な目的を()内に記載してください。
- 利用時間 入館時間及び退館時間を記載してください。
一時退館し再度入館したなどの場合は、その中抜け時間を一時退館欄に記載してください。
- 利用者 (氏名) 入館利用者本人の氏名と所属団体名を記載してください。
名刺を添付する場合は以下の 2 項目は記載不要です。
(住所) 県内又は県外であるかにチェックし、県内の場合は市町村名まで、県外の場合はその都道府県名を記載してください。
(連絡先) 連絡先電話番号を記載してください。
- 体調 体温については、入館直前に測定した体温と、ご自身の普段の平熱を記載してください。
入館前の体温については予め測った温度を記載するか、本学の受け付けで器機（非接触型）による測定を行うことも可能です。
イ) からサ) の項目については、該当の有無について、いずれかに○印をしてください。
シ) のワクチン接種状況については、該当項目を○で囲み、接種が確認出来るもの(接種記録など)を提示してください。
ス) の PCR 検査結果については、検査を行っていない場合は無に○をしてください。
検査を行っている場合はその結果を確認出来るもの(検査結果通知など)を提示してください。

情報開示について

施設利用者の中に感染者がいたことが判明した場合、その感染者と接触したおそれのある利用者全員に対する連絡・調査が行えるよう氏名と連絡先は確実に記載してください。

また、その場合保健所など公的機関に情報開示がなされることがありますのであらかじめご了承ください。