様式第7号

**研修・見学にあたってのCOVID-19チェックリスト**

1. 現在、発熱、呼吸器症状、強いだるさ（倦怠感）等の症状がありますか？

はい・いいえ

2. これまでにSARS-CoV-2 PCR検査で陽性と判定されたことがありますか？

はい・いいえ

3. 2ではいの場合、陽性判定日および退院日

1)陽性判定日 月　　日

2)退院日 月　　日

4. これまでにCOVID-19確定患者との濃厚接触歴がありますか？

はい・いいえ

5. 4ではいの場合、以下の質問にお答えください。

1)最終接触日は何日ですか？ 月　　日

2)就業制限期間 月　　日〜　月　　日

6. 最近1ヶ月以内に海外渡航歴がありますか？

はい・いいえ

7. 6ではいの場合、渡航先、渡航期間および帰国（入国）日

1)渡航先（国名をすべて記載）

2)渡航期間 月　　日〜　月　　日

3)帰（入）国日 月　　日

8. 最近1ヶ月以内に３密（密集,密接,密閉）での会食、イベント参加等がありますか？

はい・いいえ

9. 8ではいの場合、場所、日にち

1)場所

2)日にち 　　　　　月　　日頃

以上につきまして相違ありません。

　　　　　年　　月　　日

所属施設（　　　　　　　　　　　　　　）

ご氏名　（　　　　　　　　　　　　）

研修・見学部署〔　　　　　　　　　　　　　〕

国立循環器病研究センター

研究医療課　医療係