

関係施設管理者様

加古川中央市民病院
院長 大西 祥男

臨地実習の受け入れについて

平素は当院の運営に格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

標記のことにつきまして、現下の新型コロナウイルス感染症のまん延状況を踏まえ、院内における感染防止を徹底するため、当面の間、臨地実習の受け入れを下記のとおりとします。

つきましては、学生及び担当教員の派遣に関してご理解とご協力をお願いいたします。

記

1. 兵庫県に緊急事態宣言が発令されている期間は実習生の受け入れを中止いたします。
また、加古川市又は実習生の居住並びに通学する教育機関等の所在する自治体に、まん延防止等重点措置が適用されている場合についても、同様の取扱いとなります。
2. 当院以外の医療機関又は介護福祉施設等において臨地実習を実施した場合は、当該実習終了後10日間が経過するまでの期間は、受け入れができません。
3. 県をまたぐ遠距離の通院となる場合は、原則受け入れを不可とします。ただし、当院の近隣に滞在し通院のリスクが軽減されると認められる場合は、受け入れを可能とします。
4. 3回のワクチン接種が終了し接種後1週間以上が経過している場合は、上記1～3の受け入れ制限は行いません。

実習開始前における健康状態や行動履歴について、別途当院の所定様式によりご提出いただく必要がありますのでご協力ください。

また、実習に際しての感染防止として、以下の対策を徹底していただきますようお願いいたします。

◆実習生・担当教員にご留意いただく対策◆

- ① 実習前10日間および実習期間中の旅行の原則禁止（海外、国内ともに）
- ② 実習前10日間および実習期間中のテーマパーク、カラオケ店、接待を伴う飲食店、劇場、ジムを含むスポーツ施設等の利用自粛
- ③ 不要不急のイベントや会合等の参加自粛
- ④ 毎日の検温・体調確認（発熱・感冒症状等）
- ⑤ マスク着用（病院内・公共交通機関利用の際）
- ⑥ 同居者以外とのマスク無しでの会食の禁止

【問い合わせ先】 地方独立行政法人加古川市民病院機構
加古川中央市民病院 事務局 総務部
TEL：079-451-8609（直通）

報告書

新型コロナウイルス感染症拡大防止対策の為、実習前の状況について下記のとおり報告いたします。

20 年 月 日

学校名		氏名	Ⓜ
実習期間			

記

◆直近1ヶ月の行動歴について◆ **該当がある場合は速やかにご連絡ください**

①	海外渡航歴	・なし	・あり
	国内旅行歴（帰省も含む）	・なし	・あり
②	クラスターとなり得る場所への出入り	・なし	・あり
③	感染者との濃厚接触	・なし	・あり
④	海外からの帰国者との接触	・なし	・あり
⑤	同居者以外とのマスク無しでの会食	・なし	・あり
⑥	同居家族等の①～⑤の該当者	・なし	・あり
⑦	上記①～⑤に該当の場合は下記に具体的に記入（誰が、いつ、どこへ、なにで、どうしたか）		
	（ ）		
	（ ）		
	（ ）		

感染症対策について指導し、上記の内容に相違がないことを証明します。

20 年 月 日

（学校名・教育施設名）

（責任者） :

Ⓜ

◆実習前10日間の健康チェック◆

月	日	体温	℃	症状無・有（咽頭痛・咳・全身倦怠感・味覚障害・嗅覚障害・下痢・その他）
月	日	体温	℃	症状無・有（咽頭痛・咳・全身倦怠感・味覚障害・嗅覚障害・下痢・その他）
月	日	体温	℃	症状無・有（咽頭痛・咳・全身倦怠感・味覚障害・嗅覚障害・下痢・その他）
月	日	体温	℃	症状無・有（咽頭痛・咳・全身倦怠感・味覚障害・嗅覚障害・下痢・その他）
月	日	体温	℃	症状無・有（咽頭痛・咳・全身倦怠感・味覚障害・嗅覚障害・下痢・その他）
月	日	体温	℃	症状無・有（咽頭痛・咳・全身倦怠感・味覚障害・嗅覚障害・下痢・その他）
月	日	体温	℃	症状無・有（咽頭痛・咳・全身倦怠感・味覚障害・嗅覚障害・下痢・その他）
月	日	体温	℃	症状無・有（咽頭痛・咳・全身倦怠感・味覚障害・嗅覚障害・下痢・その他）
月	日	体温	℃	症状無・有（咽頭痛・咳・全身倦怠感・味覚障害・嗅覚障害・下痢・その他）
月	日	体温	℃	症状無・有（咽頭痛・咳・全身倦怠感・味覚障害・嗅覚障害・下痢・その他）

※発熱(37℃以上)、感冒症状等がある場合は速やかに学校及び実習施設へご連絡ください。