

令和 4 年 6 月 20 日

当院でインターンシップを希望される学生の皆様へ

草加市立病院

草加市病院事業管理者 矢内 常人

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行期におけるインターンシップ
の対応について

当院では新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の院内感染を防止するため、日頃から徹底した感染防止対策に取り組んでいるところです。

同感染症の流行期にあたり、インターンシップを希望される学生の皆様におかれましても、当院における基準を遵守していただきます。

つきましては、次の書類にご記入の上、インターンシップ当日に看護部にご提出いただきますようお願いいたします。

1 提出書類

- ・【様式第1号】インターンシップにおける実習生の遵守事項
- ・【様式第2号】健康観察票（2週間分）

2 提出場所

インターンシップ当日に看護部まで提出してください。

【担当】

〒340-8560 埼玉県草加市草加二丁目21番1号
草加市立病院

看護部副部長 澤田 加枝子

TEL 048-946-2200 FAX 048-946-2211

インターンシップにおける実習生の遵守事項

- 1 インターンシップ当日から14日以前において、次の項目に該当する場合はチェック(☑)をしてください。
- 発熱(37℃以上)、咳、下痢、全身倦怠感、味覚・嗅覚の異常等のいずれもなかった。
 - 上記項目に相当する者と濃厚接触(※1)をしていない。
 - COVID-19と確認された患者との接触はしていない。
 - 海外(日本を除くすべての国と地域)からの帰国をしていない。
 - 海外からの帰国者と接触をしていない。
 - 3密(※2)が成立する場面(カラオケ、ライブハウス、居酒屋、バー、ナイトクラブ等)に参加をしていない。
 - COVID-19がまん延している施設に出入りをしていない。
- 上記項目において、1つでも該当しない項目がある場合は、速やかに看護部に連絡をすること。

2 インターンシップ14日以前から当日までの対応

- (1) 毎朝自宅で検温を実施し、結果を健康観察票に記入すること。
- (2) 37℃以上の発熱や風邪症状等、体調に異常を認めた場合は、速やかに草加市立病院看護部に報告すること。
- (3) 日常生活において、通学途上を含め、学内外で必ずマスクを着用すること。
- (4) 当日は洗濯された清潔な白衣を着用すること
- (5) 必要なタイミングで手洗い・アルコール消毒、うがい等の感染予防対策を徹底すること。
- (6) 日常生活を含め3密(※2)とならないように注意すること。
- (7) 同居している人以外との会食は行わないこと。
- (8) 外食しないこと。
- (9) 不要不急の外出は避け、3密(※2)が成立する場面(カラオケ、ライブハウス、居酒屋、バー、ナイトクラブ等)に参加しないこと。

※1 濃厚接触とは

患者(確定者)が感染可能期間(発症2日前～)に接触した者のうち、次の範囲に該当する者。

- ・患者(確定者)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を診察、看護又は介護していた者。
- ・患者(確定者)の気道分泌物又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、手で触れることのできる範囲(目安として1m)で、必要な感染予防策なしで患者(確定者)と15分以上の接触があったもの。

※2 換気の悪い密閉空間、多数が集まる密集場所、間近で会話や発声をする密接場面

養成機関(学校・施設)名: _____

実習生氏名: _____

記入日: _____

健康観察票（2週間分）

実習生氏名 _____ 平熱 _____ °C

※インターンシップ時は、「実習」を「インターンシップ」と読み替えて記入をしてください。

日付	(実習開始 14 日前)						
曜日							
体温（朝）	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
体温（夕）	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
咳	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
呼吸苦・ 呼吸困難感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
嘔吐・下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
発疹	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
強い倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
味覚・嗅覚異常	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有

日付	(実習開始 7 日前)						(実習開始日)
曜日							
体温（朝）	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
体温（夕）	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
咳	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
呼吸苦・ 呼吸困難感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
嘔吐・下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
発疹	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
強い倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
味覚・嗅覚異常	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
様式第3号	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有

14日以前の健康状態について記録し、インターンシップ当日に看護部まで提出してください。