

新型コロナウイルスによる院内感染防止対策のための実習生及び見学者の受け入れ方針

新型コロナウイルスによる院内感染防止対策のため、実習生及び見学者（以下実習生等とする）に関する当院の受け入れ方針を定める。ただし、国内の感染状況によって変更になる可能性がある。

1. 実習生等が遵守する事項

【実習等開始日の1週間前から実習終了日まで】

- ① 基本的な感染対策として、「三つの密」（① 密閉空間（換気の悪い密閉空間）、② 密集場所（多くの人が密集している場所）、③ 密接場面（互いに手を伸ばしたら手が届く距離での会話や発声が行われる場面））を回避すること。
- ② 「人と人との距離の確保」、「マスクの着用」、「手洗い等の手指衛生」、「換気」等を守ること。
- ③ 継続して毎日決めた時間に検温し、「健康観察票」に記録して健康観察を行うこと。
- ④ 下記の症状がある場合は、すみやかに実習等担当教員等に連絡し、指示に従うこと。
ただし、実習等期間中で実習等担当教員等が不在の場合は、直接本人が当院の各実習指導者へ連絡すること。

（1）感冒様症状や新型コロナウイルス感染が疑われる症状（37.5℃以上の発熱、倦怠感、咳、呼吸苦、味覚・嗅覚異常など）がある場合。

（2）新型コロナウイルス感染症の罹患後で、療養期間の終了日時点で感冒様症状（発熱、咳、のどの痛み、鼻汁・鼻閉等）がある場合。

【実習等開始後から実習終了日まで】

- ① 実習等初日に、実習等担当教員に「院内感染防止対策のための誓約書」及び「健康観察票」を提出すること。
- ② 期間中は、必ずマスクを着用すること。患者に接触する場合はフェイスシールド等で目を覆う防護をすること。院内でマスクを外しての会話はしないこと。

2. 実習等担当教員等が遵守する事項

【実習等開始日の1週間前から実習終了日まで】

- ① 実習等担当教員等が来院する場合も『実習生等が遵守する事項』の項目を遵守すること。
- ② 実習生等に継続して「健康観察票」を作成させ、実習生等の体調を確認すること。
- ③ 実習等初日に、実習生等から提出された「院内感染防止対策のための誓約書」、「健康観察票」を必ず確認し、「実習等担当教員等確認」欄に署名後、当院の各実習指導者へ提出すること。

④ 実習生等から下記の症状について連絡があった場合は、当院の各実習指導者へ必ず事前に連絡すること。

(1) 感冒様症状や新型コロナウイルス感染が疑われる症状(37.5℃以上の発熱、倦怠感、咳、呼吸苦、味覚・嗅覚異常など)がある場合。

(2) 新型コロナウイルス感染症の罹患後で、療養期間の終了日時点で感冒様症状(発熱、咳、のどの痛み、鼻汁・鼻閉等)がある場合。

3. 当院が実習等を中止とする判断について

- ① 実習生等が新型コロナウイルス感染症の診断を受けたとき、または疑似症と診断されたとき。
- ② 実習生等が新型コロナ検査陽性者との接触者になったとき、または接触者になる可能性があるとき。
- ③ 同居家族が新型コロナ検査陽性者との接触者になったとき、または接触者になる可能性があるとき、かつ感冒様症状(発熱、咳、のどの痛み、鼻汁・鼻閉等)がある場合。
- ④ 新型コロナウイルス感染症の罹患後で、療養期間の終了日時点で感冒様症状(発熱、咳、のどの痛み、鼻汁・鼻閉等)があるとき。
- ⑤ 上記「1.実習生等が遵守する事項」が従えないとき。
- ⑥ その他、院内の状況をふまえ、実習等を中止することが適当と病院長が判断したとき。

福井赤十字病院
人事課教育研修係

令和3年 5月10日制定

令和4年 5月25日改正

令和4年10月18日改正

令和4年12月14日改正

令和5年 5月12日改正

福井赤十字病院長 様

実習生・見学者名（自署）：

実習・見学開始日：

実習・見学名：

所 属：

実習等開始前住所：

院内感染防止対策のための誓約書

新型コロナウイルスによる院内感染防止対策のため以下の通り報告いたします。

1. 実習等開始日の1週間前から、基本的な感染対策をとっている。

「三つの密」（① 密閉空間、② 密集場所、③ 密接場面）を回避する。

「人と人との距離の確保」、「マスクの着用」、「手洗い等の手指衛生」、「換気」等を守る

はい いいえ

2. 毎日決めた時間に検温し、「健康観察票」で健康観察を実施している。

はい いいえ

実習等担当教員（または当院の実習担当者）確認

上記の確認事項に「いいえ」がある場合は原則、実習や見学を認めません。

実習等担当教員等は、「院内感染防止対策のための誓約書」の内容を確認し、「実習等担当教員等確認」の欄に署名後、当院の各実習指導者へ提出すること。

実習等担当教員等が不在の場合は、直接当院の各実習指導者へ提出すること。

福井赤十字病院 健康観察票

所属： _____

氏名： _____

日数		1	2	3	4	5	6	7 実習・見学当日
日にち								
体温		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状	咳	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	呼吸苦	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	咽頭痛	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
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
気になったことなど								