



福島赤十字病院

看護部インターンシップ参加にあたり

新型コロナウイルス感染症対策について

当院のインターンシップに参加される方に、下記についてお願いです。

- 1 新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況によっては、急遽中止する場合があります。予めご了承ください。
- 2 来院日含めて体調不良等があった場合は来院前にご連絡ください

【持参するもの】

- ①学生証 ②ユニフォーム（実習で使用しているもの）
- ③ナースシューズ ④ストッキング ⑤髪留め（髪が長い場合）
- ⑥守秘義務に関する誓約書

新型コロナウイルス感染症関連

- ⑦COVID-19関連問診票
- ⑧ワクチン接種証明書（アプリでも可）もしくは別添の確認表
- ⑨健康チェック表（インターンシップ当日より2週間前から）

【その他】

- 9：00までに正面玄関前のバス停集合です
- 車で来院される場合は外来駐車場を利用し
駐車券をお持ちください
- 病棟の見学・体験では、病棟看護師とともに
行動します



守秘義務に関する誓約書

福島赤十字病院長 様

インターンシップ中の守秘義務に関する制約について

記

- 1 研修中に知りえた個人に関する情報は、関係者以外に口外しません。
- 2 不用意に患者の診断・治療に関する情報を、本人・その家族に告げません。
- 3 研修上必要な場所以外では、知り得た情報について話しません。
- 4 研修中にとったメモや記録等は、研修終了後速やかに適正に廃棄いたします。

上記記載の項目について、遵守することを誓います。

令和 年 月 日

住 所 : _____

氏 名 : _____ 印

福島赤十字病院 COVID-19関連問診票

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行に関連し、ご協力をお願いいたします。

氏名

記入日 年 月 日

以下のあてはまる方を○で囲んでください。
「あり」の場合は、詳細を記入をお願いします。

本日の体温： _____ °C

1. 2週間以内の体調について

●発熱（37.0℃以上）	あり・なし	●頭痛	あり・なし
●咽頭痛・咽頭イライラ感	あり・なし	●鼻汁	あり・なし
●呼吸苦（息苦しさ）	あり・なし	●せき	あり・なし
●倦怠感（体のだるさ）	あり・なし	●たん	あり・なし

その他：

2. 2週間以内の行動歴について

●県外への移動・滞在	本人及び同居家族の方	あり・なし
ありの場合	国・都道府県・地域名： 期間： _____ 誰： _____	
●会食・冠婚葬祭・カラオケ・イベント等大人数が集まる場所への参加		あり・なし
ありの場合	場所： 期間： _____	

3. 2週間以内の接触歴について

●ご本人・ご本人と同居している方にPCR等の検査を受けた、受ける予定、結果待ちの方がいる		はい・いいえ
はいの場合	誰： いつ： _____	
●ご本人・ご本人と同居している方の職場や学校等でコロナウイルス感染症、またはその疑いのある方がいる		はい・いいえ
はいの場合	誰： いつ： _____	

4. 新型コロナワクチン接種歴について

●新型コロナワクチンを接種していますか？		はい・いいえ	
はいの場合	1回目 令和 年 月	2回目 令和 年 月	3回目 令和 年 月

※インターンシップ当日の朝に体温を測定し、その他の項目も記入しお持ちください。

学校名（学年） _____

氏 名 _____

新型コロナウイルスワクチン接種確認票

下記の項目について報告いたします。

1 新型コロナウイルスワクチンを接種済みである

はい 接種履歴 回数： 回

1回目：令和 年 月 日

2回目：令和 年 月 日

3回目：令和 年 月 日

いいえ

日付 ： 令和4年 月 日

福島赤十字病院長 様

- ※1 ご記入いただいた情報については、本業務以外には使用いたしません。
- ※2 当院でインターンシップを受け入れるにあたって、新型コロナウイルス感染症の感染対策に万全を期すためにご記入いただくものです。