

新型コロナウイルスに関する調査票

提出日 令和 年 月 日

氏名

部署※

職名※

電話番号

メールアドレス

※部署と職名は分かる範囲でご記入ください(記入無しも可)

採用日の2週間前から毎日検温及び体調チェックをした上で、本票提出後から採用日までに以下のいずれかに該当する場合は、速やかに人事課にご連絡願います。

- ①本人に「37.3℃以上の発熱、呼吸器症状や風邪症状、息苦しさ、嗅覚・味覚障害」の症状が出た
②問2から問4までの質問の回答が「いいえ」であった場合でも、採用日までに「はい」に変わった

以下の問1から問5まですべての質問に回答ください

問1. 採用日の10日前の日以降で「37.3℃以上の発熱、呼吸器症状や風邪症状、息苦しさ、嗅覚・味覚障害」の症状はありますか？

☐ はい

↳ 症状が出始めた時期をご記入ください

月 日ごろ

☐ いいえ

問2. あなたは、採用日の10日前の日以降に海外渡航歴や居所以外のハイリスクエリア(緊急事態宣言対象地域やクラスターが発生した場所、その他感染リスクが高いと思われる場所など)への訪問歴はありますか？

☐ はい

↳ 渡航・訪問期間と国・都道府県・地域をご記入ください

渡航・訪問期間						国や都道府県・地域
月	日	～	月	日		
月	日	～	月	日		
月	日	～	月	日		

☐ いいえ

訪問後に「37.3℃以上の発熱、呼吸器症状や風邪症状、息苦しさ、嗅覚・味覚障害」の症状はありましたか？

☐ はい

↳ 症状が出た時期をご記入ください

月 日ごろ

☐ いいえ

問3. あなたは、採用日の10日前の日以降に海外渡航歴やハイリスクエリアへの訪問歴のある人又は感染者と濃厚接触しましたか？

《海外渡航歴・ハイリスクエリア訪問歴のある人の範囲》

採用予定日の1か月前の日以降に海外から帰国・入国した人又はハイリスクエリアから居所に帰ってきた人

《濃厚接触の定義》

- ・会食などお互いマスク無しで1.5メートル以内、15分以上の会話
- ・マスクありで1メートル以内、30分以上の会話(1日の足し算)
- ・密閉空間(同居や車内、航空機内等の閉鎖空間)での接触
- ・適切な感染防具無しに診察・看護・介護を実施し、気道分泌液・体液(汗を除く)の汚染物質に直接接

☐ はい ☐ いいえ

以下のQ1からQ5の質問にご回答ください

Q1.最後に接触したのはいつごろですか？

月 日ごろ

Q2.接触した人は、海外渡航歴やハイリスクエリア訪問歴のある人ですか、それとも感染者ですか？

☐ 海外渡航者・ハイリスクエリア訪問者

帰国・入国日又は帰宅日と国や都道府県・地域をご記入ください

帰国・入国日又は帰宅日	国や都道府県・地域
月 日	
月 日	
月 日	

☐ 感染者

感染したと判定された日をご記入ください

月 日ごろ

Q3.接触した時の状況をご記入ください

場所 例: バスの車内、レストランの個室 など

時間 例: 1時間程度

マスクの有無 例: 誰もしていなかった、自分だけしていた、自分も相手もしていた

Q4.接触後、あなたはどのように生活されましたか？

例: 通常どおり生活した、2週間ホテルで待機した、入院して〇月〇日にPCR検査を受けたが陰性だった など

Q5.接触後に「37.3℃以上の発熱、呼吸器症状や風邪症状、息苦しさ、嗅覚・味覚障害」の症状はありましたか？

☐ はい ☐ いいえ

症状が出た時期をご記入ください

月 日ごろ

問4. 「同居者」の方は、採用日の10日前の日以降に「37. 3℃以上の発熱、呼吸器症状や風邪症状、息苦しさ、嗅覚・味覚障害」の症状がありますか？

☐ はい

☐ いいえ

↳ 症状が出始めた時期をご記入ください

月 日ごろ

症状が出始めた日以降はどのように生活されたかご記入ください

○あなた

例: 通常どおり生活した、同居者と隔離して生活した、○月○日にPCR検査を受けたが陰性だった など

○同居者

例: 通常どおり生活した、2週間ホテルで待機した、自宅で隔離して生活した、入院して○月○日にPCR検査を受けたが陰性だった など

問5. 新型コロナウイルスのワクチンを何回接種しましたか？

※採用日までに接種する予定の方もしくは採用日以降に接種の予約ができている方は、その接種分も含めた回数をご回答ください。

(例 採用日までに3回目接種の予約ができている場合は、「3回」を選択ください。)

☐ 3回

☐ 2回

☐ 1回

☐ 接種していない

「3回」、「2回」、「1回」と回答した方のみ、以下にご回答ください。

Q1.直近で接種した年月はいつですか？

年 月

例: 2022年2月

Q2.接種したワクチンはどのものですか？

例: ファイザー社、モデルナ社、アストラゼネカ社

※以下は、大学処理欄となりますので、記入不要です。

☐ 出勤不可

☐ 出勤可能

月 日まで自宅療養とする

判定者(医師)

氏名

印