治験管理室訪問に際しての事前チェックリスト

**・過去14日以内の行動などについてご回答ください。**

**・以下のいずれかに該当する場合は、原則として当院への訪問は許可しません。**

**・該当項目がある場合、必ず訪問される前に治験管理室までご連絡ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 〇 | 該当項目に〇をつける。いずれも該当しない場合、下段の【】内に〇をつける。 |
|  | 発熱（37.0℃以上）したことがあった。  あった場合の詳細  ①　　月　　日～　　月　　日に　　　　　℃  ②受診の有無：有（　　　月　　日）　　・　無  ③②で有の場合、診断名： |
|  | 呼吸器症状があった（咳、痰、咽頭痛など）。  あった場合の詳細  ①　　月　　日～　　月　　日に　　　　　℃  ②受診の有無：有（　　　月　　日）　・　　無  ③②で有の場合、診断名： |
|  | 味覚、嗅覚異常の出現があった。  あった場合の詳細  ①　　月　　日～　　月　　日に　　　　　℃  ②受診の有無：有（　　　月　　日）　・　　無  ③②で有の場合、診断名： |
|  | COVID-19陽性者との濃厚接触歴があった（防護具なしで１ｍ以内かつ15分以上の接触）。 |
|  | 自宅隔離を要請されている同居人がいた。 |
|  | 海外からの帰国後14日以内の人と濃厚接触があった（防護具なしで１ｍ以内かつ15分以上の接触）。 |
|  | 当院訪問前日より遡って14日間以内に、繁華街・カラオケなど、人と密に会話をするような飲食店・施設に立ち入ったことがある。 |
|  | 当院訪問前日より遡って14日間以内に、5人以上が参加する食事会や懇親会などに参加したことがある。 |
|  | 当院訪問前日より遡って14日間以内に、海外渡航したことがある。  渡航先：　　　　　　　　　　　　　　　帰国日　　　　月　　　　日 |

**【　　　】上記をすべて確認し、該当項目はありません。**

**記載日　　　　年　　　月　　　日**

**会社名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名**