

濃厚接触の疑いのある者・濃厚接触者・罹患者が発生した場合の確認事項

学生の名前：

教職員の名前：

課程-選修-専攻等：

所属：

学籍番号：

①現在の状況

・体調

( )

・経緯

( )

・待機場所

( )

②（濃厚接触の疑いや濃厚接触者となった2日前以降の）

・本学構内への立入 (有・無)

・場所 ( )

・本学の関係者との接触の状況 (有・無)

・関係者名 ( )

③相談先の保健所

・( ) 県・市 ( ) 保健所

④受診した医療機関と診断日、診断結果

・医療機関

( )

・診断日 ( 年 月 日)

・診断結果

( )

⑤（感染の疑いが有の場合）発熱及び咳などの呼吸器症状が現れた日

・発熱の出現日 ( 年 月 日)

・呼吸器症状の出現日 ( 年 月 日)

・他の症状

( )

⑥症状が現れた日以降における本学構内への立入及び本学の関係者との接触の状況

・本学構内への立入 (有・無)

・場所 ( )

・本学の関係者との接触の状況 (有・無)

・関係者名 ( )

⑦今後の見通し等に係る医師等の所見

( )