

日本医科大学 6年次 海外BSL 帰国後健康調査票(ver1)

学籍番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

留学先での状況

留学先	<input type="checkbox"/> GWU <input type="checkbox"/> USC <input type="checkbox"/> DHHA <input type="checkbox"/> Chian Mai University <input type="checkbox"/> Thammasat University <input type="checkbox"/> University of Hawaii
配属先部門・診療科	( )
配属先で結核の患者さんの診療に立ち会う ことがありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 標準的防護は行っていましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
研修中に血液・体液曝露を受けることがあり ましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 針刺し <input type="checkbox"/> 血液・体液が正常な皮膚や創に直接接したり、目や口腔 に入った もし、血液・体液曝露があった場合、患者の感染症はわかり ましたか？ <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 不明 その場でどのような処置を受けましたか？ ( )

現在の体調

発熱している	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつ頃からですか？ 月 日頃から
咳をしている	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつ頃からですか？ 月 日頃から
下痢をしている	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつ頃からですか？ 月 日頃から
便秘をしている	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつ頃からですか？ 月 日頃から
腹痛がある	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつ頃からですか？ 月 日頃から
黄疸がある	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつ頃からですか？ 月 日頃から
泌尿器の異常（排尿時痛・血尿等）	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつ頃からですか？ 月 日頃から
皮膚の異常（発疹・できもの等）	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつ頃からですか？ 月 日頃から
その他の異常	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 異常の内容 ( ) いつ頃からですか？ 月 日頃から

現地での行動

現地での水、食事	<input type="checkbox"/> 生の水を飲んだり氷入りの飲み水を飲んだ <input type="checkbox"/> 屋台の食べ物を食べた <input type="checkbox"/> 加熱していない食品を食べた（野菜・果物を含む）
虫刺され	<input type="checkbox"/> 蚊に刺された <input type="checkbox"/> ダニに咬まれた <input type="checkbox"/> 他の虫に刺された いつ ( )
動物	<input type="checkbox"/> 動物に咬まれたり、触ったりした。 <input type="checkbox"/> 動物の近くに行った
水遊び	<input type="checkbox"/> 湖や川の中に入ったり水を触ったりした
医療	<input type="checkbox"/> 現地で治療を受けた <input type="checkbox"/> 現地で薬を服用した 具体的に ( )

◎ 帰国後 2 週間以内に教務課へ提出して下さい。