

# インターンシップにおける感染症確認書

当院では、感染症対策のため、見学・実習される方に感染症について確認をしています。

下記に記入のうえ、当日ご持参をお願い致します。

なお、見学・実習終了後に破棄致します。

2週間以内の37.5℃以上の発熱・咳	有 ・ 無
2週間以内の37.5℃以上の発熱・咳（身近な方）	有 ・ 無
2週間以内の目の充血・下痢・嘔吐・発疹・水痘	有 ・ 無
2週間以内の目の充血・下痢・嘔吐・発疹・水痘（身近な方）	有 ・ 無
2週間以内の海外渡航歴	有 ・ 無
2週間以内の麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎	有 ・ 無
2週間以内の麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎（身近な方）	有 ・ 無
結核の既往、または身近な方で6か月以内の結核の診断	有 ・ 無

令和 年 月 日

学校名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

# 個人情報保護に関する誓約書

公益社団法人 日本海員救済会

横浜救済会病院

病院長 内藤 実 殿

私は、横浜救済会病院で行う医療の提供、実習、見学等にあたり、「個人情報の保護に関する法律」及び「医療・介護関係者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、インターンシップ中はもちろん、終了後においても、職務上知り得た患者および当院職員の個人情報を、正当な事由なく第三者に漏らしません。また、正当な事由なく、外部への送信等の行為を行わないことを誓約いたします。

なお、この誓約書に違反した場合は、いかなる処分にも異議はありません。

以上、本誓約書に遵守することを誓約いたします。

令和 年 月 日

学校名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_