

## アンケート(1回目)

研究参加者各位

平素より感染対策にご協力頂きありがとうございます。今回、感染制御部では、今後の新型コロナウイルス感染対策に活かすため、新型コロナウイルスワクチン接種前後に免疫学的調査を行うことになりました。つきましては、研究参加に同意された皆様に経時的な採血とアンケートへの記載をお願いしております。アンケートは全 3 ページです。血液検査結果・アンケート結果含めて、収集された情報はこの目的以外の使用はいたしません。

選択肢に○をつけ、必要に応じてカッコ内に回答を記載してください。

1. あなたの2020年4月1日～2021年3月24日(1回目接種以前)の一般的な事項について教えてください。

日常生活で外出する際にマスクはどの程度着用していますか。	ほぼ着用なし・25%程度着用・50%程度着用・75%程度着用・ほぼ100%着用
通勤には公共交通機関を用いていますか。 (複数回答可)	バス・電車・その他( )・ 使用していない
その場合、往復の乗車時間を教えてください。	15分未満・15分～30分・30分～60分・それ以上
同居されている方の人数を教えてください。	人 (うち18歳未満 人・65歳以上 人)
同居されているご家族の中で、新型コロナウイルスに罹患した方はいますか。	はい ・ いいえ
日常生活の中で接した人(一般の方)に、新型コロナウイルスに罹患した方はいますか。	はい ・ いいえ
濃厚接触者と認定されたことがありますか。	はい ・ いいえ
勤務外で友人・同僚などと2m以内の距離で食事などをした回数を教えてください。	0回・1-2回・3-5回・6-10回・11回以上
飲酒を伴う会食をした回数を教えてください。	0回・1-2回・3-5回・6-10回・11回以上

2. あなたの2020年4月1日～2021年3月24日(1回目接種以前)の健康状態について教えてください。

新型コロナウイルスのPCRで陽性と判定されたことはありますか？	はい ・ いいえ
37.5℃以上の発熱はありましたか。	はい ・ いいえ
咳嗽・鼻汁・咽頭痛など呼吸器症状はありましたか。	はい ・ いいえ
嘔吐・下痢など消化器症状はありましたか。	はい ・ いいえ
味覚障害・嗅覚障害はありましたか。	はい ・ いいえ
悪寒はありましたか。	はい ・ いいえ
倦怠感はありましたか。	はい ・ いいえ
筋肉痛はありましたか。	はい ・ いいえ
息苦しさはありましたか。	はい ・ いいえ

3. あなたの新型コロナウイルス感染症患者診療について教えてください。

診療・業務中に手指衛生はどの程度行っていますか。	全くしていない・たまに・だいたい・常時
入院もしくは外来診療後に判明した新型コロナウイルス患者に対し、判明前に適切な个人防护具を着用していない状態での <u>濃厚な接触歴</u> がありますか。 (3分以上の接触や分泌物・排泄物との接触など)	はい ・ いいえ
入院もしくは外来診療後に判明した新型コロナウイルス患者に対し、判明前に適切な个人防护具を着用した状態での接触歴がありますか。	はい ・ いいえ
レッドゾーンで勤務したことがありますか	はい ・ いいえ
(レッドゾーン勤務の方のみ、お答えください) 診療した新型コロナウイルス患者について、行った医療行為(複数回答可)	吸痰・気管挿管・抜管・気管支鏡・ 頭頸部/耳鼻科/呼吸器の手術/生検・ 頭頸部/耳鼻科/呼吸器 <u>以外</u> の手術/生検・ その他エアロゾル発生行為 ( )
(レッドゾーン勤務の方のみ、お答えください) 適切な个人防护具を着用していたかの有無にかかわらず、着脱時などに曝露したかもしれないと自覚したエピソードはありますか？	はい ・ いいえ
疑い病棟、ER 外来、肺炎外来で勤務したことがありますか	はい ・ いいえ
患者と接触のある業務を行っていますか	はい ・ いいえ

4. 今までのアレルギー歴について教えてください。

薬剤アレルギーはありますか	はい ・ いいえ (はいの場合、薬品名： ) (はいの場合、症状： )
食物アレルギーはありますか	はい ・ いいえ (はいの場合、食物： ) (はいの場合、症状： )
その他のアレルギーはありますか	はい ・ いいえ (はいの場合、アレルギー物質： ) (はいの場合、症状： )

5. 今までのワクチンの副反応歴について教えてください。

これまでにワクチンを受けて具合が悪くなったことがありますか	はい ・ いいえ (はいの場合、ワクチン名： )
(はいの場合) どんな症状でしたか	注射部位が赤くなる ・ 腫れる ・ 熱を持つ 痛み ・ 発熱 ・ 頭痛 ・ 倦怠感
(はいの場合) 上記の症状以外の症状が出たことがありますか	はい ・ いいえ はいの場合いずれかに○をつけてください。 ショック・アナフィラキシー、急性散在性脳脊髄炎、脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、ギランバレー症候群、けいれん、肝機能障害、喘息発作、血小板減少性紫斑病、血小板減少、血管炎、間質性肺炎、皮膚粘膜眼症候群、急性汎発性発疹性膿疱症、ネフローゼ、その他 ( )
最近、1 か月以内に予防接種を受けましたか	はい ・ いいえ

所属施設： 医学部附属病院・歯学部附属病院・大学

診療科・部署： \_\_\_\_\_

職種： 医師・歯科医師・看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・放射線技師・検査技師・事務・

医学部学生・歯学部学生・その他 ( )

職員番号： \_\_\_\_\_

名前： \_\_\_\_\_

年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別： 男性 ・ 女性

抗体結果送付先 (部署)： \_\_\_\_\_ ◁ (複数の所属のある方は、こちらに記載の部署宛てで各個人に結果をお送りします)

ご協力ありがとうございました。