見学参加者健康チェック表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | 氏　名 |  | | |
| 学校名/勤務先 | |  | | | | | |
| 見学当日に37.5度以上の発熱のある場合や、(2)ア～カの中で１つでも該当された  場合は、見学へ参加することはできませんので、下記の連絡先へご連絡ください。  見学当日は、本用紙をご持参ください。  １　下記の質問にお答えください。 | | | | | | | |
|  | (1)　本日の体温 | | | | | .　　度 | |
|  | (2)　本日の健康状態について | | | | | | |
|  | ア　24時間以内の発熱はありませんか？ | | | | | □　はい | □　いいえ |
|  | イ　継続する咳嗽や息苦しい症状はありませんか？ | | | | | □　はい | □　いいえ |
|  | ウ　咽頭痛や新たな声のかれはありませんか？ | | | | | □　はい | □　いいえ |
|  | エ　下痢・嘔吐・嘔気の症状はありませんか？ | | | | | □　はい | □　いいえ |
|  | オ　味覚／嗅覚障害はありませんか？ | | | | | □　はい | □　いいえ |
|  | カ　同居をしている方に発熱の他、上記ア～オの症状はありませんか？ | | | | | □　はい | □　いいえ |
| ２　見学後の対応  見学後**３日以内**に新型コロナウイルス感染症と診断を受けた場合、直ちに下記の連絡先までご連絡をください。  ※メールで連絡する場合は、本文に「見学日」と「姓名」を必ず記載してください。 | | | | | | | |
|  | 【連絡先】 | | 横浜市立市民病院　　TEL：045-316-4580（代表）  総務課職員係　研修医担当 | | | | |