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 |