健 康 状 態 申 告 書

新型コロナウイルス感染症の院内感染防止対策のため、院内見学でご来院される方の確認事項として以下の質問にお答えいただき、健康状況の自己申告書のご提出をお願いしております。
ご理解とご協力のほどよろしくお願いいたします。

＊　**来院日、直近 2 週間の間に以下の①から⑥の項目に該当する項目があった場合、速やかに当院の下記担当者にご連絡下さい。**
また、当日に該当がある場合は、来院せず当院の下記担当者にご連絡下さい。

来院日朝の体温：　　℃

＊　該当する方にチェックを入れて下さい。

①37℃以上の発熱がある　□はい　□いいえ

②せきやのどの痛み、鼻水の症状がある　□はい　□いいえ

③味やにおいが判らなくなった　□はい　□いいえ

④強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある　□はい　□いいえ

⑤新型コロナウイルス感染陽性者、または濃厚接触者との接触があった　□はい　□いいえ

⑥同居の方で①～⑤の項目に該当する方がいる　□はい　□いいえ

＊　来院予定日の前 5 日間の検温を記録して下さい。

日　付	/	/	/	/	/
朝の検温	℃	℃	℃	℃	℃
夕の検温	℃	℃	℃	℃	℃

病院見学等の予定日、2 週間前から感染リスクが高いと言われる行動、会食等は厳に慎みました。
はい　・　いいえ

担当者連絡先：
公立昭和病院　人事課人事研修係
担　当　渡邊
電話番号　042-461-0052（内線 2249）

署　名：
申 告 日：　年　月　日