令和2年12月17日

**当院を見学される方、採用面接の方、実習生の方、不要不急以外の営業等の面談ご希望の方へ**

新型コロナウイルス感染症については、政府の専門家会議における見解および政府の基本方針策定を受け、感染症拡大防止のために様々な対応をとっております。患者様へ安全な療養環境を提供する目的で下記事項についてご協力をお願い致します。

１．見学、面接、実習、面談等のために当院へ来院予定の際は「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」をご使用ください。

２．来院当日は「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」を使用し、当日の体調等を回答していただきます。

３．見学、面接、実習、面談等を予定する２週間前から１日１回検温して「検温表」に必要事項を記載していただきます。

４．見学、面接、実習、面談等の当日は「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」「検温表（３で説明した用紙）」を持参し、訪問部署へご提出してください。

５．マスク着用の上、来院するようお願い致します。(マスクは個人で準備してください)

＊当院責任者が入館を判断し、対応致します。

＊感染予防の観点より、各自が医療人として自覚ある行動をとることにご理解ご協力をお願い致します。

＊「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」「検温表」は当院ホームページに掲載してあります。ダウンロードしてご使用ください。

【連絡先】

医療法人社団　亮仁会　那須中央病院

電話：0287-29-2121

mail：nasuchuoh@mtg.biglobe.ne.jp

|  |
| --- |
| **新型コロナウイルス感染症に関する問診票** |
| 令和　　年　　月　　日 | 会社名/学校名： |
| 氏名： |  |
| 居住地： | 都･道･府･県　　　　区･市･郡　　　　　町･村 |
| 訪問当日の体温： | ℃ |  |

|  |
| --- |
| **★太枠内をご記入ください。** |
| **問診内容** | **回答欄** |
| ①ご自身が新型コロナウイルス感染症と診断されたことがありますか | はい | いいえ |
| 診断日：　　　年　　月　　日 |
| 入院期間：　　　　　～ |
| ②２週間以内にコロナウイルス陽性者と接触しましたか | はい | いいえ |
| 接触日：　　　年　　月　　日 |
| 場所： |
| 関係： |
| ③２週間以内に保健所からコロナウイルス濃厚接触者と指定されましたか | はい | いいえ |
| ④同居家族または職員(同部署)に発熱･咳などの症状が出ている人はいますか | はい | いいえ |
| 関係：家族・職場・知人 |
| ⑤同居家族または職場(同部署)に自宅隔離を要請されている人がいますか | はい | いいえ |
| 関係：家族・職場・知人 |
| ⑥自分自身や同居家族または職場に過去２週間以内に海外から帰国した人がいますか | はい | いいえ |
| 国名： |
| 帰国日：　　　年　　月　　日 |
| ⑦２週間以内にお住まいの都道府県以外の県に行きましたか | はい | いいえ |
| 滞在日：　　　年　　月　　日 |
| 滞在地： |
| 交通手段： |
| 目的： |
| ⑧２週間以内に５０名以上が集まるイベントに参加しましたか | はい | いいえ |
| 滞在日：　　　年　　月　　日 |
| 滞在地： |
| 交通手段： |
| 目的： |
| ⑨２週間以内にお住まいの都道府県内･外で「３密（密閉空間･密集空間･密接な会話）」の機会はありましたか例）複数人での飲食（家族除）、集合での運動、カラオケ、ライブ参加、パチンコ、マスクなしでの満員電車･バスへの乗車等 | はい | いいえ |

|  |
| --- |
| **＊本日、以下の症状がありますか？回答に○をお付けください**（「はい」の場合は発症時期をご記入ください） |
| ①発熱(37.5℃以上) | はい | いいえ | ⑥強いだるさ(倦怠感) | はい(　　　　　) | いいえ |
| ②のどの痛み | はい(　　　　　) | いいえ | ⑦臭いが分かりにくい | はい(　　　　　) | いいえ |
| ③鼻水 | はい(　　　　　) | いいえ | ⑧味が分かりにくい | はい(　　　　　) | いいえ |
| ④咳(せき)･痰(たん) | はい(　　　　　) | いいえ | ⑨吐き気･嘔吐 | はい(　　　　　) | いいえ |
| ⑤息苦しさ | はい(　　　　　) | いいえ | ⑩下痢 | はい(　　　　　) | いいえ |

※病院使用欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受取日 | 受取者 | 総務課 |
| 年　　月　　日 |  |  |

医療法人社団 亮仁会　那須中央病院　　ver.令和2年12月17日

検温表

氏　名

(当院確認者印)

（使用目的）来院が予定通り実施できるかどうかの判断に使用します。

※患者様およびご自身の安全を守るために可能な限り正確に記入してください。この使用目的以外に使用することはありません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 月／日 | 健康チェック | その他＊左記以外で気になる症状等＊居住都道府県以外への訪問やその際の交通手段等 |
| 検温時間 | 体温 | 咳 | 咽頭痛 | 頭痛 | 倦怠感 | 味覚・嗅覚異常 | 消化器症状(腹痛･嘔気･嘔吐･下痢) |
| 14日前 | ／ | ： | ℃ | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |  |
| 13日前 | ／ | ： | ℃ | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |  |
| 12日前 | ／ | ： | ℃ | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |  |
| 11日前 | ／ | ： | ℃ | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |  |
| 10日前 | ／ | ： | ℃ | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |  |
| 9日前 | ／ | ： | ℃ | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |  |
| 8日前 | ／ | ： | ℃ | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |  |
| 7日前 | ／ | ： | ℃ | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |  |
| 6日前 | ／ | ： | ℃ | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |  |
| 5日前 | ／ | ： | ℃ | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |  |
| 4日前 | ／ | ： | ℃ | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |  |
| 3日前 | ／ | ： | ℃ | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |  |
| 2日前 | ／ | ： | ℃ | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |  |
| 1日前 | ／ | ： | ℃ | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |  |  |

医療法人社団 亮仁会　那須中央病院　　　　　　　　　　　　　　　　ver.令和2年10月6日