

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			

以下の項目にチェックをお願いします。

I 下記の質問にお答えください

見学当日に37.5度以上の発熱のある場合や、2 (1) ~ (4) 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。下記へご連絡ください。

見学当日は、本用紙をご持参ください。

1 本日の体温	度
2 本日の健康状態についてお答えください	
(1) 24時間以内の発熱はありませんか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(2) 継続する咳嗽や息苦しい症状はありませんか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(3) 咽頭痛や新たな声のかれはありませんか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(4) 味覚/嗅覚障害はありませんか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(5) その他	
同居するご家族で発熱の他、上記 (1) ~ (3) の症状がある方は いらっしゃいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

II 見学後の対応

見学後 **3日以内** に新型コロナウイルスと診断を受けた場合、直ちに下記までご連絡ください。

※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】 横浜市医療局 病院経営本部 人事課

Tel : 045-671-4822

e-mail : by-comesaiyo@city.yokohama.jp