

見学参加者健康チェック票

記入年月日	令和 年 月 日	氏名	
学校名/勤務先			

以下の1～6の項目にチェックをお願いします。

※いずれも見学日を含む、2週間以内の状況をお答えください。

○いずれかの項目が1つでも「あり」に該当する場合、または見学当日37.5度以上の熱がある場合は、身体症状がなくても参加することはできません。

該当する場合は、下記へご連絡ください。

○全てに該当がない場合は、その旨を記載の上、見学当日に本票をご持参ください。

1	37.5度以上の継続する熱や咳、強いだるさや息苦しさ、味覚障害などの 身体症状はありましたか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
2	新型コロナウイルス感染症・疑い患者、またはその家族等と <u>濃厚接触</u> 歴はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
3	海外渡航歴がありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
4	海外からの帰国者・入国者との <u>濃厚接触</u> 歴はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
5	<u>3密</u> となる場所へ参加しましたか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
6	見学当日の朝、37.5度以上の熱がありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
※ 濃厚接触：同居あるいは長時間の接触があった、気道分泌（唾、鼻水等）もしくは体液等に 直接接触した可能性が高い、適切な防護なしに介護していたなど		
※ 3密：人との距離が取れないところや飛沫を遮断するものがない場所(マスク非着用)での会食・ カラオケボックス等。		

以下は切り取らずにお持ちください。

※ 見学後14日以内に新型コロナウイルスと診断された場合は、直ちに下記までご連絡下さい。
メールの本文には、見学日と姓名を必ず記載してください。

見学日 月 日 ～ 月 日

【連絡先】横浜市看護職員採用担当

電子メール：by-saiyo@city.yokohama.jp