

以下の設問に回答のうえ、来院当日にご提出をお願いいたします。

回答の内容によっては、来院を制限する場合があります。

採用試験、見学等での来院にあたり、感染対策を講じたうえでお願いします。

また、来院当日、発熱等の体調不良がある場合は、来院せず下記までご一報ください。

高山赤十字病院 職員課 0577-32-1111 (内線3314・3325)

新型コロナウイルス感染症に関する申告書

本日の体温
℃

記入日： 年 月 日

氏名： _____

過去の行動についてご記入ください	本人 (場所)	同居人 (場所・続柄)
1 海外渡航歴がありますか？(14日以内)	あり なし ()	あり なし ()
2 新型コロナ感染者との濃厚接触歴がありますか？(7日以内)	あり なし	あり なし

直近7日以内の体調についてご記入ください ※「あり」に該当する場合は事前にご連絡ください。	本人	同居人
① 息苦しさ	あり なし	あり なし
② 倦怠感(強いだるさ)	あり なし	あり なし
③ のどの痛み、鼻水	あり なし	あり なし
④ 咳	あり なし	あり なし
⑤ 臭い、味がわかりにくい	あり なし	あり なし
⑥ 目の充血・目ヤニ、涙目、目の痛み	あり なし	あり なし
⑦ 吐き気・嘔吐	あり なし	あり なし
⑧ 下痢	あり なし	あり なし
⑨ 頭痛	あり なし	あり なし
⑩ 学校・職場等、周囲で感染症が流行している	あり なし	あり なし
⑪ マスクなどの感染対策をせず不特定多数の集まる所に行った (密閉、密集、密接となる場所)	あり なし	あり なし
その他、新型コロナウイルス感染症について心配なことがあればお書き下さい。		

※ 産業医確認 不要 ・ 必要