

## 健康観察票(訪問者用)

|       |       |                            |  |                             |
|-------|-------|----------------------------|--|-----------------------------|
| 提出年月日 | 年 月 日 | アポイントメント<br>(実習・研修申し込みも含む) | <input type="checkbox"/> あり                                      | <input type="checkbox"/> なし |
| 記載日   | 年 月 日 | 訪問部署                       |  |                             |
| フリガナ  |       | 所属機関<br>会社名等               | <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外 ( ) 都道府県 |                             |
| お名前   |       |                            |  |                             |
| 訪問目的  |       | 職種                         |  |                             |

## ■ あなたの2週間以内の行動歴をお知らせください。

\*下記の項目に一つでも「あった」に該当した場合は、入館できない場合がありますこと、予めご了承ください。

|   |   |                              |               |                               |
|---|---|------------------------------|---------------|-------------------------------|
| 1 | 海外渡航歴   | <input type="checkbox"/> あった | (いつ、国名)       | <input type="checkbox"/> なかった |
| 2 | 県をまたぐ移動   | <input type="checkbox"/> あった | (いつ、都道府県・市町村) | <input type="checkbox"/> なかった |
| 3 | 接待を伴う飲食店への出入  | <input type="checkbox"/> あった | (いつ、都道府県・市町村) | <input type="checkbox"/> なかった |
| 4 | 県外の方との<br>飲食店（接待の有無に関わらず）での同席                                     | <input type="checkbox"/> あった | (いつ、都道府県・市町村) | <input type="checkbox"/> なかった |
| 5 | 居住県以外の県の方（家族を含む）との<br>濃厚接触※ <sup>1</sup> ※ <sup>1</sup> 1m以内15分以上 | <input type="checkbox"/> あった | (いつ、都道府県・市町村) | <input type="checkbox"/> なかった |
| 6 | 3密状態のイベント・研修会・会議等への<br>参加   | <input type="checkbox"/> あった | (いつ、都道府県・市町村) | <input type="checkbox"/> なかった |

青森県立中央病院  
病院長 藤野 安弘 様

## 上記について、相違ありません

確認日 年 月 日  
所属機関・会社名  
役職  
氏名

\*テレワーク、休業・休校等により責任者のサインが困難な場合は、自己責任において自署とする

## ■ あなたの現在の状態をお知らせください。

\*体温は訪問日の朝の体温を記載してください

|                    |                             |  |   |                             |
|--------------------|-----------------------------|--|---|-----------------------------|
| 体温*<br>(37.5℃以上の熱) | <input type="checkbox"/> あり | 度  | 分 | <input type="checkbox"/> なし |
| 症状                 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい<br><input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 筋肉痛<br><input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |   | <input type="checkbox"/> なし |

必要項目の記載漏れがないか確認してください。確認後、防災センターに提出してください。