

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 (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 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、入館できない場合もありますこと、予めご了承ください。

弘前市のクラスターに関連する人と 何らかの接触があった・あったと思う	裏面へ→		
青森県内での移動	<input type="checkbox"/> あった	(いつ、市町村)	<input type="checkbox"/> なかった
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
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
県外の方との 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
居住県以外の県の方（家族を含む）との 濃厚接触 ^{※1} ※1感染防御なしの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
3密状態のイベント・研修会・会議等への 参加	<input type="checkbox"/> あった	(いつ、都道府県・市町村)	<input type="checkbox"/> なかった
海外渡航歴	<input type="checkbox"/> あった	(いつ、国名)	<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* (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 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <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。

弘前市のクラスターに関連した方と何らかの接触があった・あったと思う方へ

1	弘前市内クラスターの飲食店の職員との同居者ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	弘前市内クラスターの飲食店の職員との接触がありましたか 「はい」の場合→接触日を教えてください（□ 月 日 時頃）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	弘前市内クラスターの飲食店の利用者と同居していましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	弘前市内クラスターの飲食店利用者と接触しましたか 「はい」の場合→接触した日時を教えてください（□ 月 日 時頃）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	弘前市内クラスター感染のPCR陽性者と同居していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	弘前市内クラスター感染のPCR陽性者と接触しましたか 「はい」の場合→接触した日時を教えてください（□ 月 日 時頃）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	その他、弘前市内クラスターとの関連がありましたら、詳しく教えてください	

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。