

# 問 診 票（病院見学用）

職種： \_\_\_\_\_ 居住都道府県： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

※病院見学実施 2 週間以内の状況について伺います。

1 2 週間以内に居住県以外への移動歴はありますか。

なし      あり       $\left( \begin{array}{l} \text{都道府県} \\ \text{区市町村} \end{array} \right)$

2 健康チェック（体温を記入し、症状の有無に○を付けてください。）

検温日	日	日	日	日	日	日	日
発熱症状	℃ 有・無	℃ 有・無	℃ 有・無	℃ 有・無	℃ 有・無	℃ 有・無	℃ 有・無
呼吸器症状	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

検温日	日	日	日	日	日	日	見学当日
発熱症状	℃ 有・無	℃ 有・無	℃ 有・無	℃ 有・無	℃ 有・無	℃ 有・無	℃ 有・無
呼吸器症状	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

3 病院見学日前後で、ご家族に発熱（37.0℃以上）のある方はいませんか。

（いる場合は具体的な状況を確認し記載してください。）

## <連絡事項>

① 病院見学予定日 2 週間前から体温を記録し、見学日当日に技師長（薬剤部の場合は薬剤部長）へ提出してください。

※発熱未測定の場合は有・無で答えてください。

② 病院見学当日の朝に、37.0℃以上の発熱がある場合は、担当技師長（薬剤部長）又は人事厚生課人事係へ連絡ください。

（連絡先：大崎市民病院（0229-23-3311（代表））