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（都道府県　　区市町村）

２　健康チェック（体温を記入し，症状の有無に〇を付けてください。）

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））