

問診票

氏名:

受験番号: _____

試験区分: _____

➤問1: 自身に当てはまる症状がありますか?
(複数ある場合は全部記載してください)

- ①発熱(37.0℃以上) ②のどの痛み ③鼻水
④せき ⑤痰(たん) ⑥息苦しさ
⑦強いだるさ(倦怠感) ⑧臭いがわかりにくい
⑨味がわかりにくい ⑩頭痛 ⑪吐き気
⑫嘔吐 ⑬下痢
⑭その他(症状を記載してください)

➤問2: 自身の行動で当てはまる事項
(複数ある場合は全部記載してください)

- ①旅行・出張等で、宮城県外、県内の新型コロナ発生地域へ移動
②海外渡航歴のある方、宮城県外の方、県内のコロナ発生地域にいる方との接触
③50名以上の集まるイベントに参加
④換気が悪く密閉された場所(カラオケ・ライブハウス・パチンコ店等)に行き飲食や会話
⑤マスク無しで満員電車・バスに乗り込みましたか?

➤問3: 家族等の同居者がいる場合、「問1」の症状、「問2」に当てはまる項目

《健康観察記録の記入例》

月日	検温時刻	体温	問1 症状	問2 行動歴	問3-① 同居者 (問1の症状)	問3-② 同居者 (問2の行動歴)
8月29日月	8:00	36.5℃	無・有(②③⑩)	無・有(②③)	無・有()	無・有()

※体温は腋(脇)下計測で検温時間を記入

同居者がいない

1. 健康観察記録 毎日体温を測定し、問1～問3について回答してください。

同居者 無

月日	検温時刻	体温	問1 症状	問2 行動歴	問3-① 同居者 (問1の症状)	問3-② 同居者 (問2の行動歴)
月 日 日	:	℃	無・有()	無・有()	無・有()	無・有()
月 日 月	:	℃	無・有()	無・有()	無・有()	無・有()
月 日 火	:	℃	無・有()	無・有()	無・有()	無・有()
月 日 水	:	℃	無・有()	無・有()	無・有()	無・有()
月 日 木	:	℃	無・有()	無・有()	無・有()	無・有()
月 日 金	:	℃	無・有()	無・有()	無・有()	無・有()
月 日 土	:	℃	無・有()	無・有()	無・有()	無・有()
月 日 日	:	℃	無・有()	無・有()	無・有()	無・有()
月 日 月	:	℃	無・有()	無・有()	無・有()	無・有()
月 日 火	:	℃	無・有()	無・有()	無・有()	無・有()
月 日 水	:	℃	無・有()	無・有()	無・有()	無・有()
月 日 木	:	℃	無・有()	無・有()	無・有()	無・有()
月 日 金	:	℃	無・有()	無・有()	無・有()	無・有()
月 日 土	:	℃	無・有()	無・有()	無・有()	無・有()

2. 提出時の連絡事項

- ①本問診票が届いた日から試験当日朝まで健康観察の記録をお願いします。
- ②試験当日朝に37.0℃以上の発熱や表面問1に記載してある症状等がある場合は、速やかに連絡ください。判断に迷う際も、連絡ください。

※不明な点がある場合は、下記連絡先まで連絡ください。

担当: 大崎市民病院経営管理部
人事厚生課人事係
TEL 0229-23-3311(内3603)
MAIL: jinji@h-osaki.jp

