

健康観察記録票

所属名

氏 名

※4/1にご提出ください。

1. 5日以内に発熱があった 無・有(日付: )
2. 5日以内にCOVID-19陽性と診断された 無・有(日付: )
3. 7日間以内にCOVID-19感染者との接触があった  
(マスクなしで1m以内15分以上一緒だった) 無・有(日付: )
4. 当日の健康観察記録
- ①発熱37.5℃以上あり 無・有
- ②下記の症状のいずれかがある 無・有(症状: )  
(咳、呼吸困難、鼻汁・鼻閉、咽頭痛、頭痛、倦怠感等)

①②のいずれかに該当する場合は、当院人事課(代表:052-481-5111)へご連絡ください