

入館時健康チェック表

来館者の皆さま

感染症拡大予防のために、入館時健康チェック表の提出にご理解を賜りますようお願いいたします。

体温以下は該当する箇所に☑してください。個人情報保護に努め他の目的には使用いたしません。

栃木県看護協会会長

来館日：令和 年 月 日

所属施設		
氏名		
体温 ※当日朝の体温をご記入ください。	() °C	
	記入例： なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> (アレルギー性鼻炎)	
10日以内の感冒症状	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ()	
当日の状況	頭痛	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ()
	咽頭痛	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ()
	鼻づまり	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ()
	鼻汁	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ()
	痰絡み	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ()
	息苦しさ	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ()
	咳	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ()
	味覚障害	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ()
	嗅覚障害	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ()
	下痢	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ()
	嘔気・嘔吐	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ()
その他（発疹等）		

- ※37.5°C以上の発熱又は上記の「あり」に該当する箇所がある場合は来館をご遠慮ください。
(アレルギー等による症状と診断を受けており、感染症を疑わない場合は来館可能です)
- 来館に関して判断に悩んだ際は事前に当協会までお問い合わせください。
- 来館後14日以内に新型コロナウイルス感染症陽性と判明した場合は、当協会までご連絡ください。
- 来館者に感染者が発生した場合は、保健所などの聞き取りに協力をお願いする場合があります。また、濃厚接触者となった場合は接触してから2週間を目安とした自宅待機の要請が行われる可能性があります。

お問い合わせ先

栃木県看護協会 Tel 028-625-6141

(平日 9:00~17:00)