鹿児島**県外**から来訪くださる方への確認事項v1.0(2021/8/24)

■所属企業・機関名：

■ご氏名（自署）：

■下記質問に回答された年月日：

■お約束等いただいた職員氏名、ご訪問先：

■在鹿児島期間（予定を含めて）：

■在勤・在住の都道府県：

* ご回答いただく上で、ご不明の点があれば薬剤部長までご照会をお願いいたします。
* ご訪問いただく前に、下記質問事項についてご回答の上、薬剤部長及び副薬剤部長までメイルでお送りください。ご回答内容を拝見した上で、追加の質問をさせていただくことがございます。これらご回答結果を勘案して、ご訪問時期、面会方法について提案いたします。
* 実際にご訪問くださる当日に再度、確認事項のご回答をいただき印刷・署名の上、ご訪問いただいた際に薬剤部長へのご提出をお願いいたします。（部員が窓口を代行することがあります。）
* ご訪問後に、貴殿ならびに当方職員にCOVID-19感染症に罹患が判明した場合、速やかに相互に連絡をすることをお願いいたします。
* 当院の患者との間で、感染予防上問題となる接触を避けるようお願いいたします（現在の様式としては近距離空気感染とも説明されています）。

|  |
| --- |
| 《確認事項》 |

* 勤務先を出発地として、以降の当院までの移動経路ならびに利用した交通提供会社：

（タクシーを用いた場合には，会社名，車番も記入してください）

* 記入日現在の体調の異常の有無：
* 14日以内の、3日以上継続する下痢、発熱、味覚・臭覚異常の有無（有症の場合には具体的な症状と発現月日）：
* 14日以内の、COVID-19多発県（緊急事態宣言（国，独自），蔓延防止等重点措置の発出されている）への訪問の有無：
* 14日以内の緊急事態宣言（国，独自），蔓延防止等重点措置の発出されている県への訪問，県からの来訪者との濃厚接触の有無：
* 14日以内の、外国への渡航の有無，有る場合の渡航先：
* 14日以内の、ソーシャルディスタンスを保てない距離でのマスクなど感染防御をしない状況の有無：
* 14日以内の、SARS-CoV-2陽性者あるいは疑われる者との濃厚接触の有無：
* 14日以内の、5名以上の方との会食の機会の有無（同居の方であるないを問わず）：
* 14日以内に公共交通機関を用いた場合、3密が15分以上継続した経験の有無：
* 14日以内の、集会（主たる職場での会議を除く）への参加の有無：
* 厚生労働省接触確認アプリCOCOAを常用している携帯電話へのインストールの有無：
* 14日以内に厚生労働省接触確認アプリCOCOAで感染症登録した方との接触通知の有無：
* web,email,電話等で容易に代替し難い用件であるか（回答を○で囲んでください）：である／でない

提出先：国立病院機構　鹿児島医療センター　薬剤部長