**県内**在住で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：

■来訪予定日：

■お約束等いただいた職員氏名，ご訪問先：

* 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、ご訪問日時、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》

* 記入日現在の体調の異常の有無：
* 14日以内における，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日以内の県外渡航歴の有無：
* 14日以内のCOVID-19多発県（薬剤部長が指定し，メイルでお伝えする）への渡航，在住・在勤者との濃厚接触歴の有無：
* 14日以内の緊急事態宣言の発出されている県への渡航，県からの来訪者との濃厚接触の有無：
* 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日以内における集会（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を常時使用す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