鹿児島**県外**から来訪くださる方への確認事項v2.1(2021/11/15)

■所属企業・機関名：

■ご氏名（自署でなくとも結構です）：

■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たは副薬剤部長までご照会をお願いいたします。
* 来訪いただく**当日の状況**をご回答をいただき、薬剤部長及び副薬剤部長へ**メール**にてご提出をお願いいたします。（※**ＰＤＦファイル**での提出をお願いします。）
* 来訪後に、貴殿ならびに当方職員にCOVID-19感染症への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）。
* 下記に該当する方は予め来訪をご遠慮ください。

来訪日より14日以内に，3日以上継続する下痢，発熱，味覚・臭覚異常等がある場合

14日以内に、SARS-CoV-2陽性者あるいは疑われる者との濃厚接触がある場合

web、email、電話等で容易に代替できる場合

|  |
| --- |
| 《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等の発出されている）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等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　薬剤部長及び副薬剤部長へメールでお願いします。