**県内**在住で来訪くださる方への確認事項v2.3（2022/12/1）

■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：

■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，咽頭痛，鼻汁等がある場合

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》

* 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，咽頭痛，鼻汁の有無（有症の場合には具体的な症状と発現月日）：
* 14日以内の、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、宅外の会食（同居の方とを除く）の機会，宅外での会食の有無（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：
* 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。