資料２

新型コロナウイルス感染防止チェックリスト

当日記入・提出をお願いします

会社名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先１＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（必ず連絡が取れる電話番号を二つご記入ください）

連絡先２＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

訪問日時：　　月　　日　　曜日　　時　　分～（予定）　　時　　分

訪問場所：10 階　治験先進医療センター

★来院日の 14 日前～当日について

下記の確認事項に相違ない場合は、□に✓してください。

※すべての項目に✓がついた場合に実施が可能です。

- □ 37℃を超える発熱はない
- □ 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状はない
- □ だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難）はない
- □ 嗅覚や味覚の異常はない
- □ 体が重く感じる、疲れやすい等はない
- □ 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触はない
- □ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方はいない
- □ 政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等へ渡航又は当該在住者との濃厚接触はない

【お願い】

- ご使用のマスク及び手袋の院内での廃棄はご遠慮ください。
- 本日から 14 日以内にコロナ感染が確認された場合は至急、治験先進医療センター（086-462-1401）まで、ご連絡下さい。

上記の記載内容に相違ありません。また、病院の指示を遵守し実施いたします。

年　　月　　日

（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（施設記入欄）

受付日時　　年　　月　　日　　時　　分

訪問時間　　年　　月　　日　　時　　分～　　時　　分

（確認者署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿