

2020年度 病院見学会・採用試験を申し込まれる方へ

総務室人事グループ
看護部

【来院まで】

- ◇ 来院2週間前から起床時の体温測定および健康観察シートの記入をお願いします
- ◇ 来院までの2週間以内に下記の状況があれば人事グループまで電話でご連絡ください
 - 体温が37度以上
 - かぜ症状など新型コロナウイルス感染のような症状がある
 - 周囲に体調不良の人、または新型コロナウイルス感染症と診断された人がいる
 - 新型コロナウイルスに感染した
- ◇ 来院日まで「3つの密」をさけてください
 - ① 換気の悪い密閉空間 ② 2人以上の人が密集 ③ 近距離での会話や発声
- ◇ 「3つの密」を避けられない場合は下記を行って下さい
 - 換気を行う
 - 2つの方向の窓を同時に開け、1時間に2回以上換気する
 - 人の密度を下げる
 - お互いの距離を2m程度空ける
 - 近距離での会話や発声などを避ける
 - 近距離での会話がやむを得ない場合はお互いにマスクを付ける
- ◇ 来院の3日前に健康チェックを行いますので看護部まで電話でご連絡ください

病院代表 TEL : 078-261-6711 9～12時にご連絡ください
--

【来院時】

- ◇ 健康観察シートを持参してください
- ◇ 来院時は必ずマスクを着用してください
- ◇ 「3つの密」を避けるため来院時間を決めさせていただきます。
必ず指定された時間にお越しください
- ◇ 来院されたら病院北側にある夜間入り口にお越し頂き、警備員に声をかけてお待ちください。担当の者がお迎えに行きます

[氏名

]様 健康観察シート

	月日	起床時間	体温	新型コロナウイルス感染症状
1	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
2	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
3	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
4	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
5	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
6	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
7	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
8	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
9	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
10	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
11	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
12	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
13	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
14	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常