

2021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

【来院までのお願い】

- ◆ 来院 2週間前から健康観察シートの記入をお願いします。
- ◆ 来院前に体調確認のため電話をかけさせていただきます。
- ◆ 来院までの 2週間以内に下記の状況があればご連絡ください。
 - 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2週間前から「3密」をさけてください。下記の状況 「3密」を避けられなかった時はご連絡ください。
 - マスクをつけていない人と15分以上会話をした（同居者以外）
 - 換気不十分な場所に、2人以上、かつ15分以上滞在した（同居者以外）
 - 不特定多数の人が集まっている場所で、15分以上、他人との間隔が空けられなかった（間隔は1m以上、片手が伸ばせない距離です）
 - 新型コロナウイルス感染者が多い地域・場所を訪れた

来院2週間前から行動自粛をお願いいたします

同居者の方も同様に感染対策をしていただくようお願いください

【来院時のご案内】

- ◆ 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

連絡先

【総務室人事グループ】 電話：078-261-6708 * 平日の9～12時にご連絡ください

[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