

入館時間診票

訪問された業者のみなさまへ

入館時の感染対策強化のため、下記にご記入・ご署名をいただきますようお願い申し上げます。来院された際には、訪問部署職員へお渡しください。

当てはまる項目に☑してください。

1. 1週間以内に37.5度以上の発熱や風邪のような症状がありましたか
☐なし ☐あり
2. 2週間以内に家族や職場等（身近な人）に、コロナに感染した人もしくは発熱した人がいましたか
☐なし ☐あり
3. 1ヶ月以内に新型コロナウイルスに感染しましたか
☐なし ☐あり
4. 2週間以内に海外と往来しましたか
☐なし ☐あり⇒ その地域は（ ）

※往來の地域によりPCR検査をお願いする場合があります。

※下線の項目に該当する場合、面会をご遠慮いただくことがあります。

※来院前の検温にご協力をお願いします。

体調の不良等ある場合には、来院をお控えください。

※入館時は必ず手指消毒、マスクの着用をお願いいたします。

令和 年 月 日

来院前の体温： °C

訪問部署：

ご芳名（自署）：

会社名：

連絡先：

入館時間： 時 分

退館時間： 時 分

20230901

【この用紙は、用度施設管理課担当者にて保管】