

【**嚴重感染症対策の実施**】 当院を訪問される業者の皆様へ

当院では、感染症対策として、原則として※外部者の入室は、「原則、訪問禁止」とさせていただきます。当法人が医院運営上不可欠な用務であると判断した場合のみ、入室可能です。その際は、訪問毎に「健康確認票（訪問者用）」をご提出いただき健康状態が良好であることを確認できた方に対し入室許可をいたします。下記の手続きをお願いします。

※外部者とは、患者およびその関係者と下記以外の方。

1. 当院と直接の委託契約をしている業者社員または、反復継続的・定期的に物品納入等を行っている業者社員
2. 捜査、鑑定関係等の公的機関の職員

■事前準備

1. 予め「健康確認票（訪問者用）」を当院ホームページからダウンロードいただき、必要項目を記載の上、当日ご持参ください。
2. 当院来院の2週間前から、不要不急の外出やイベントの参加、感染対策を実施せずに「密閉・密集・密接」のいわゆる3密状態がないよう調整をお願いいたします。
3. 日常から、体調管理をお願いします。
4. 「健康確認票（訪問者用）」がない場合は、いかなる理由でも入室許可はいたしません。

[○健康確認票（訪問者用） pdf](#)

■訪問当日の手続きと確認事項

1. 当院へは、入り口のインターホンを鳴らし、室外で待機して下さい。
2. 職員の指示に従い入室して下さい。
3. 「健康確認票」の項目のうち、一つでも「あり」があった場合は、入室はできません。予めご了承ください。また、所属機関の責任者の自筆署名捺印がない場合も入室できません。
4. 職員の指定した場所以外の立ち入り、撮影および録音は禁止いたします。用事が済み次第速やかに退出して下さい。

■院内作業時等の注意事項

1. 用務中はマスクを着用し、用務前後に手洗い（速乾性手指消毒薬による手指消毒もしくは流水と石鹸による手洗い）を実施する。
2. 職員の指定した場所以外の立ち入り、撮影および録音も厳禁です。用務後は報告し速やかに指定した出口から退出して下さい。

○健康確認票（訪問者用） pdf

提出年月日	令和 年 月 日	性別 男・女	年齢 才
記載日	令和 年 月 日	訪問の目的	
フリガナ	会社名		
訪問者氏名	会社住所		

下記の項目に一つでも「あった・あり」に該当した場合は、入室することはできません。

■あなたの2週間以内の状態を教えてください。

海外渡航歴	<input type="checkbox"/> あった→	(いつ、国名)	<input type="checkbox"/> なかった
他府県移動歴	<input type="checkbox"/> あった→	(いつ、都道府県名)	<input type="checkbox"/> なかった
イベントの参加	<input type="checkbox"/> あった→	(いつ、都道府県・市区町村名)	<input type="checkbox"/> なかった
5人以上の会食(移動歴がある家族を含む)	<input type="checkbox"/> あった→	(いつ、都道府県・市区町村名)	<input type="checkbox"/> なかった
飲食を伴う夜間の外出	<input type="checkbox"/> あった→	(いつ、都道府県・市区町村名)	<input type="checkbox"/> なかった
2週間以内に旅行した人との接触	<input type="checkbox"/> あった→	(いつ、都道府県・市区町村名)	<input type="checkbox"/> なかった
密閉、密集、密接の 集まり	<input type="checkbox"/> あった→	(いつ、都道府県・市区町村名)	<input type="checkbox"/> なかった
かぜのような症状	<input type="checkbox"/> あった→	(いつから、どんな症状)	<input type="checkbox"/> なかった
発熱	<input type="checkbox"/> あった→	(いつから、何°C)	<input type="checkbox"/> なかった

医療法人社団昌和会殿

上記について、相違ありません。

記載日 令和 年 月 日

会社名

役職

氏名(自筆署名捺印)

印

■あなたの今の状態を教えてください。 *体温は訪問日の朝の体温を記載して下さい

症状	<input type="checkbox"/> あり→	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> なし
*体温(37.5°C以上の熱)	<input type="checkbox"/> あり→	° C	<input type="checkbox"/> なし

入室者所属
責任者氏名(自筆署名
捺印)

印