

## <就職説明会の参加について>

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、潜伏期間が長く、発症 2 日前から直後のウイルス排出量が多い特徴を持つ感染症であり、院内感染を起こしやすい感染症といえます。説明会参加者においては、職員と同様、行動に責任を持つことが求められるため、以下の行動の徹底をお願い致します。

### 1. 説明会の 2 週間前から当日まで

- 1) 説明会の前日もしくは 2 日前に、様式 1 を記入してください。
- 2) 説明会の 2 週間前から当日まで毎日、様式 2 を記入してください。
- 3) 説明会の 2 週間前から当日まで、以下を徹底してください。
  - (1) 「3 密」を避けてください。  
スポーツジム、ヨガ、カラオケ、食事会（飲み会）、ゲームセンター、コンサート、旅行などの人が集まる場所、不特定多数の人が触れる環境が存在する場所
  - (2) プライベートでは、同居する家族以外の人との接触を避けてください。
  - (3) 日常的に手指衛生をこまめに実践してください。
  - (4) 対面での食事はせず、食事中は会話を控えてください（歯磨き中も同様）。
- 4) 同居人が COVID-19 に罹患もしくは濃厚接触者となっていないか、または説明会の 2 週間前から当日まで、以下の症状を認めていないかを確認してください。  
 体温 37.5℃以上  咽頭痛  咳  倦怠感  頭痛  
 味覚異常  嗅覚異常  発疹  下痢
- 5) **上記 1) ～ 4) について、少しでも気になる点がある場合は、事前に担当者に連絡してください。**

### 2. 説明会当日について

- 1) 様式 1 および様式 2 を提出して頂き、担当者が内容を確認します。  
総合的に判断した結果、参加をお断りする場合もあります。
- 2) 説明会中（公共交通機関での移動中も含む）は、マスク着用を必須とします。各自で準備をお願いします。
- 3) 説明会中にも自身の健康状態に注意し、少しでも気になる点がある場合は、速やかに担当者に伝えてください。

### 3. 説明会当日から 2 週間後まで

参加者自身または同居人が COVID-19 に罹患した（していた）ことが判明した場合は、速やかに担当者に連絡してください。

埼玉医科大学総合医療センター リハビリテーション部

部長；山本 満

作業療法部門責任者；國友淳子

言語聴覚療法部門責任者；伊藤智彰

理学療法部門責任者；森本貴之

2020/6/15 作成

様式1 説明会直前リスク評価（説明会当日に提出） ※説明会の前日もしくは2日前に記入する

説明会参加部署（リハビリテーション部）

部署責任者確認

説明会日 年 月 日（ ）

月 日  
印

記入日 年 月 日（ ）

所属 氏名

本人		
項目		対応詳細
2週間以内に以下の症状が1日以上継続したことがある <input type="checkbox"/> 37.5℃以上の熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感や筋肉痛様症状 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常    など		
本人が COVID-19 と診断を受けた	Yes ・ No	診断を受けた日付確認
本人が COVID-19 の濃厚接触者として保健所の健康観察対象者になっていたか	Yes ・ No	健康観察対象期間 同居人陽性者の情報 本人との関係 診断日
本人 以下に参加したか カラオケ、スポーツジム、ヨガ、 パチンコ、ゲームセンター、 2人以上の食事会飲み会 コンサートや格闘技イベント（密空間） 人が多く集まるイベント（室内・野外含む）	Yes ・ No	参加した日程 状況確認
本人 海外旅行・国内旅行をしたか	Yes ・ No	旅行日 月 日～ 月 日 旅行地
同居者		
同居人（家族等）が COVID-19 罹患者と接触したとして、保健所の健康観察対象者になっていないか	Yes ・ No	同居人の情報 本人との関係 健康観察期間
同居人（家族等）が 海外旅行・国内旅行をしたか または、海外から帰国したか	Yes ・ No	

様式2 健康観察シート（説明会当日に提出） ※説明会の2週間前から当日までの体調を記入する

説明会参加部署（リハビリテーション部）

部署責任者確認
月 日
印

説明会日 年 月 日（ ）

健康観察期間 年 月 日（ ）～ 年 月 日（ ）

所属 氏名

月日	体温	該当する症状があったら <input checked="" type="checkbox"/>	確認欄
	朝 夜	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他	
	朝 夜	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他	
	朝 夜	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他	
	朝 夜	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他	
	朝 夜	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他	
	朝 夜	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他	
	朝 夜	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他	
	朝 夜	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他	
	朝 夜	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他	
	朝 夜	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他	
	朝 夜	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他	
	朝 夜	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他	
	朝 夜	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他	
当日	朝 夜	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他	