

事前チェックリスト

氏名 _____

入職前7日以内の行動などについて回答をお願いします。

以下のいずれかに該当する場合は原則として出勤は出来ません。

なお、このチェックリストについては、個人で使用いただくものですので提出は不要です※。

※看護師の方は提出要となりますので、採用初日4月1日（火）に本用紙を持参してください。

発熱（37.0℃以上）したことがあった あった場合の詳細 ① 月 日～ 月 日 に _____℃ ②受診（○をつけてください）： 有（ 月 日） 無 ③②で有の場合、診断名： _____ ※新型コロナ、インフルエンザ以外の診断がなされ、 解熱後24時間経過している場合には出勤可
呼吸器症状があった（咳嗽、痰、咽頭痛など） あった場合の詳細 ① 月 日～ 月 日 症状 _____ ②受診（○をつけてください）： 有（ 月 日） 無 ③②で有の場合、診断名： _____ ※新型コロナ、インフルエンザ以外の診断がなされ、 症状が消失している場合には出勤可
COVID-19陽性者との濃厚接触歴があった （防護具なしで1m以内かつ15分以上接触、一緒に食事をした など）
発熱、呼吸器症状のある人と接触した

判断に迷う場合等は以下にご連絡いただき事前に指示を仰いでください。

ICT 感染管理ナース 代表 03-3202-7181 内線 4563、5849

表面の事前チェックリストについては、書類発送時点の内容となります。

今後、政府やセンターの方針が変更となった場合に、基準が変わる可能性がございます。

最新の情報については、下記のリンクに入職者向けの情報を掲載しておりますので、定期的にご確認いただけますようよろしくお願いいたします。

URL：https://www.ncgm.go.jp/recruit/new_employees/index.html