

別記様式 1

新潟市病院事業運営審議会傍聴希望者受付票

開 催 日 時	住 所 ・ 電話番号	氏 名	結 果
令和 年 月 日 午後 時 分	住所 電話番号		許 可 ・ 不許可

体調チェック表

新型コロナウイルスによる院内感染防止のため、コロナ感染症に関するチェックをさせていただきます。

お手数をお掛けしますが、ご協力お願いいたします。

(□にチェックをご記入ください)

- ☐ 1週間以内に 37.5 度以上の発熱はありません。
- ☐ のどの痛み、咳、鼻水などの風邪の症状はありません
- ☐ 息苦しさや強いだるさはありません
- ☐ においや味が分かりにくいことはありません
- ☐ 新型コロナウイルス感染症と診断された方、または、疑われる方との接触はありません
- ☐ 2週間以内に、多人数での飲食、会合、ライブコンサート、カラオケ、パチンコなどの
機会はあります。
- ☐ 2週間以内に、新潟県外に行きましたか？ はい（都道府県名 _____ ）、 いいえ

1 人につき 1 枚使用