

事業者 様

ご担当者様

公益財団法人 鳥取県保健事業団

新型コロナウイルス感染症対策について（お願い）

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は、当財団の健康診断事業に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、新型コロナウイルス感染症の急速な拡大に伴い、新型コロナウイルス特別措置法に基づく緊急事態宣言が政府から発出されたことを受けて、当財団においても感染予防対策を下記のとおり実施させていただきます。

何卒、ご理解とご協力の程、よろしくお願いいたします。

記

1 健康診断を受診される方

1) 健康診断は通常通り実施させていただきますが、別添『新型コロナウイルス感染症対策問診票』により、当日の受診をお断りすることがあります。

・健診をご遠慮いただいた場合は、別途受診日を調整させていただきます。

・持病のある方、流行地域に居住されている方は事前にご相談ください。

2) マスク着用と受付等での手指消毒の徹底へのご協力をお願いします。

3) 当面の間、下記検査の実施を中止させていただきます。

・ 内視鏡検査 ・ 肺機能検査

2 ご来所いただく方

下記の方の来所はお断りさせていただきます。

・ マスク未着用の方

・ 発熱（37.5度以上）がある方

・ 体調のすぐれない方（咳、味覚又は嗅覚異常、倦怠感、呼吸苦の症状がある方）

・ 新型コロナウイルス患者や、その疑いがある方と濃厚接触歴のある方

・ 2週間以内に海外渡航歴のある方

・ 「2週間以内に海外渡航歴のある方」と濃厚接触歴のある方

・ 2週間以内に特定警戒都道府県への移動・訪問及び滞在歴のある方

2 当事業団職員について

当財団では新型コロナウイルス感染防止のため、皆様のご協力のもと、職員を含め徹底した感染防止対策を行い、安全な健康診断の実施に取り組んでいきます。

1) 職員の健康チェック

・ 毎朝の検温と症状のチェックを行います。（37.5度以上の発熱を認めた場合は出勤停止）

2) 職員の手指消毒の徹底とマスク等の着用

・ 健診時、こまめな手指消毒を徹底し、マスク・フェイスマスク等を着用して実施します。

・ 受付等、会話が必要な場所においては、可能な限り飛沫対策用のシートを設置します。

3) 換気について

・ 設置している換気装置は常に稼働させ、30分に1回程度の自然換気をさせていただきます。

新型コロナウイルス感染症対策問診票

記載日：令和 年 月 日 お名前： _____

以下の質問で**1つでも”はい”**のある方は、**本日の受診をお控えください**。ご理解・ご協力よろしくお願いたします。

(はい or いいえ) に○印をつけてください。

1. 本日

①	発熱 (37.5℃以上) 体温 (°C)	はい	いいえ
②	のどの痛み	はい	いいえ
③	鼻水	はい	いいえ
④	咳 (せき)	はい	いいえ
⑤	痰 (たん)	はい	いいえ
⑥	息苦しさ	はい	いいえ
⑦	臭いがわかりにくい	はい	いいえ
⑧	強いだるさ (倦怠感)	はい	いいえ
⑨	味がわかりにくい	はい	いいえ
⑩	吐き気・嘔吐	はい	いいえ
⑪	下痢	はい	いいえ

2. 1週間以内に

①	発熱 (37.5℃以上)	はい	いいえ
---	--------------	----	-----

3. 2週間以内に

①	新型コロナウイルス感染者又は濃厚接触者の方と一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
②	海外にいきましたか？	はい	いいえ
③	「海外や鳥取県以外に行ったあと、発熱と咳がでてきた人」と、一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
④	50名以上が集まるイベントに参加しましたか？	はい	いいえ
⑤	流行地域の県に行きましたか？ (例：北海道、茨城、埼玉、東京、神奈川、千葉、愛知、岐阜、大阪、京都、兵庫、福井、福岡)	はい	いいえ