

第 30 回 飯塚病院 TQM 活動発表大会 参加に関する調査票

参加に際して、お尋ねしたいことがございますので、ご協力をお願いいたします。
この調査票は、ご記入の上、大会当日にご持参ください。

■新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に関する下記の質問にお答えください。(□にチェック)

●あなたご自身について(訪問当日から 2 週間以内)			
1	発熱(37.5℃以上)がある／あった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	気道症状(咽頭痛、咳、呼吸困難)がある／あった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	味覚障害または嗅覚障害がある／あった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	COVID-19 陽性者との濃厚接触があった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	接待を伴う飲食店やライブハウスへの出入りがあった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
●あなたの所属施設について			
6	2 週間以内に所属施設職員の COVID-19 発生があった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	当地域への病院訪問を禁止されている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

_____ 年 月 日

所属機関 _____

氏名 _____

ご来場にあたっての注意事項

1. 項目 1～7 の「はい」に一つでも該当する場合は来場をお控えください。
2. 施設内では体温測定を実施します。また、手指消毒へのご協力をお願いいたします。
3. 施設内では不織布マスクを着用してください。
4. 当大会は院内発表会です。患者情報等は、取り扱いへのご配慮をお願いいたします。

皆さまの今後につながる取り組みは、お役立て頂けますと幸いです。
それでは、当院の発表をお楽しみください！