

来館者各位

山口県看護研修会館
新型コロナウイルス感染症の拡大防止のための協力依頼

新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、山口県看護研修会館にご来館の際は、以下のことについてご協力をお願いいたします。

来館時の状態によっては入館をお断りする場合がありますので、開催までに下記の内容をご確認いただき、ご対応いただきますようお願いいたします。

記

- 1 所属施設の施設外研修の受講等の方針に従い、研修等の参加を決定してください。
- 2 所属施設内で感染者が発生した場合は、参加について所属施設の上司に相談し、上司より研修等の担当課に事前に電話で問い合わせをしてください。
- 3 以下の場合は、来館を控えていただくようお願いいたします。
 - 1) **緊急事態宣言及びまん延防止等重点措置が発令された地域に居住または、勤務される方。(来館前2週間から当日までに当該地域に訪問された場合はご相談ください。)**
 - 2) 来館前2週間～当日までに、緊急事態宣言及びまん延防止等重点措置が発令された都道府県を訪問された場合。(その他の都道府県への訪問の場合は、ご相談下さい)
 - 3) 来館前2週間～当日までに、本人及び同居者が感染確定及び濃厚接触者となった場合、または37.5度以上の発熱、咳や鼻水、倦怠感、息苦しさ、臭覚・味覚障害などの症状があった場合。
- 4 来館の際は、本協会ホームページに掲載の「健康チェック表」を印刷し、当日のご自身の状況を記載して、ご持参ください。**新館入口から入館し、検温・手指消毒の上、担当者に健康チェック表を提出してください。**
- 5 **不織布マスクの着用**と手洗い、アルコール消毒剤による手指消毒にご協力ください。
- 6 研修会等について
 - 1) 受講者間の距離を確保した座席指定となります。
 - 2) 部屋の窓や扉は、換気のため開放させていただきます。
 - 3) 各自が筆記用具等を持参し、他者との共有を控えてください。
- 7 研修等受講後、14日間以内において感染確定者または濃厚接触者として判断された場合は、本協会に電話で報告してください。
- 8 研修会の参加者に感染者が発生した場合は、当該研修の参加者に連絡を取り、保健所などの聞き取りに協力をお願いする場合があります。また、濃厚接触者となった場合は接触してから2週間を目安とした自宅待機の要請が行われる可能性があります。
- 9 3つの密を避ける等、一人ひとりの自覚ある行動をお願いいたします。

以上 山口県看護協会

健康チェック表は、山口県看護協会ホームページ [次のところからもダウンロードできます。](#)
 山口県看護協会→[「新型コロナウイルス感染症対応」](#)→[「山口県看護研修会館を利用される皆様へ」](#)

来館時 健康チェック表 体温以下は該当する箇所に して下さい。

※山口県看護協会に来館される当日に記載してご持参ください

来館日 令和4年()月()日

氏名	氏名：	
来館目的	研修名：JNA収録 DVD研修「認知症高齢者の看護実践に必要な基礎知識」	
住所		
所属施設		
連絡先1(緊急連絡先)		
連絡先2		
体温(℃)	(.) ℃	研修中は 不織布マスクの着用 をお願い致します。
2週間以内の感冒症状(本人)	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
2週間以内の感冒症状(同居者)	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
2週間以内の県外訪問	あり <input type="checkbox"/> () 日前 都道府県 () なし <input type="checkbox"/>	
2週間以内の県外訪問(同居者)	あり <input type="checkbox"/> () 日前 都道府県 () なし <input type="checkbox"/>	
所属施設での感染者の発生	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
	ありの場合→電話で参加の可否の問い合わせ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
倦怠感	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
頭痛	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
咽頭痛	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
鼻づまり	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
鼻汁	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
痰づまり・痰絡み	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
呼吸苦	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
咳	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
味覚障害	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
臭覚障害	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
下痢	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
腹痛	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
その他		

(個人情報保護に努め他の目的には使用いたしません)