

令和3年3月31日

職員各位

危機管理室
学長 吉田晃敏

新型コロナウイルス感染拡大防止のための本学の対応
【3月31日以降】について（通知）

北海道知事は、新型コロナウイルス感染症の新規感染者が増加している札幌市について、4月16日（金）までの間、不要不急の外出自粛及び同市と他地域との往来自粛を要請しました。

については、本学における3月31日以降の対応については、下記のとおりとしますので、引き続き、感染防止に努めるようお願いします。

なお、「新型コロナウイルス感染拡大防止のための行動指針（BCP）」のレベルは引き続き『レベル2』とします。

記

1. **緊急事態宣言の対象地域等 居住地外への移動について**

~~緊急事態宣言の対象地域【東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県】との往来は、原則禁止する。~~
札幌市との往来は、原則禁止する。（※移動の都合上、札幌駅を經由する場合を除く。）

また、~~緊急事態宣言の対象地域以外~~札幌市を除く道内他地域及び道外への移動にあたっては、訪問の必要性、訪問場所を改めて検討し、特に外出自粛等の行動制限が要請されている地域への往来については、自粛すること。（※「外出自粛等の行動制限が要請されている地域」については、北海道のホームページ <http://www.pref.hokkaido.lg.jp/ss/ssa/singatakoronahaien.htm> に掲載されています。）

ただし、やむを得ず、~~緊急事態宣言の対象地域~~札幌市や外出自粛等の行動制限が要請されている地域との往来をせざるを得ない場合は、上司に相談したうえで、必ず事前に危機管理室にも連絡すること。

【危機管理室メールアドレス： kikikanrishitsu@asahikawa-med.ac.jp】

なお、今後緊急事態宣言が再発令された場合には、緊急事態宣言の対象地域との往来は、原則禁止する。

2. 出張について

~~緊急事態宣言の対象地域への出張は、原則禁止する。~~

札幌市への出張は、原則禁止する。

~~緊急事態宣言の対象地域を除く他地域札幌市を除く道内他地域及び道外~~への出張については、出張先の感染状況等を十分把握したうえで、旅行者の人数、旅行日数、行程について、必要最小限の行動となるよう適切に対応すること。

なお、出張先の感染状況や呼びかけなどに留意し、感染リスクを低減する行動をとること。

~~また~~、飲食店を利用する場合にあっては、自己適合宣言マーク等の表示に留意する等、感染防止対策を徹底していることを確認すること。

また、今後緊急事態宣言が再発令された場合には、緊急事態宣言の対象地域への出張は、原則禁止する。

3. 兼業について

(1) ~~緊急事態宣言の対象地域札幌市~~における兼業は、原則禁止する。

(2) 兼業先の医療機関において、新型コロナウイルス感染症による院内感染が発生した場合は、直ちに兼業を中止すること。兼業の再開については、保健所による感染収束の判断、当該医療機関の外来・入院等の機能の回復状況等を指標に危機管理室が判断する。

4. 海外渡航

海外渡航については、感染症危険情報レベルにかかわらず禁止する。

5. 研修会・講演会等の開催及び参加

研修会・講演会等の開催にあたっては、可能な限り Web 会議システムによる開催とする。参加者を集めて開催する場合は、「参加人数が 1,000 人以下であること。かつ屋内にあっては、収容定員の半分程度以内、屋外にあっては、人と人との距離を十分に確保できるもの（できるだけ 2 m）」のみ開催を可能とする。

参加者を集めて開催する場合は、以下の感染防止策を徹底すること。なお、飲食を伴う行事等の開催は、原則、中止又は延期とする。

- ・入退場時に検温を実施し、発熱等の症状がある者は参加を控えてもらうようにすること。
- ・イベントを開催する前に、イベント参加者に接触確認アプリ（COCOA）をインストールすることを促すこと。また、北海道コロナ通知システムを積極的に登録するとともに、イベント参加者の連絡先等の把握を徹底すること。（接触確認アプリ（COCOA）及び北海道コロナ通知システムについては、13. 参考・関連リンク参照）
- ・熱中症等の対策が必要な場合を除き、原則、マスクを着用することを促すこと。また、こまめな消毒や手洗いなど、「新しい生活様式」に基づく行動を徹底することを促すこと。
- ・入退場時、休憩時間や待合場所等を含め、三密状態（密閉・密集・密接）の環境を作らないよう徹底するほか、そこにおける交流等を極力控えることを呼びかけること。
- ・開催前後には、参加者の移動中や移動先における感染防止のための適切な行動（例えば、業務上必要性のない外出等による感染リスクのある行動の回避）を促すこと。

6. 勤務体制

感染防止措置のうえ、通常どおりの勤務を可能とするが、各部署の実状に合わせて、「時差出勤」、「休日の振替」及び「執務室の分散」を活用し、三密状態（密閉・密集・密接）を防ぐこと。

なお、所属長が、新型コロナウイルス感染症対策により臨時休業となった学校等（保育園・幼稚園・小学校・中学校・高等学校）に通う子を養育する職員に対し、在宅勤務を行うことが適当と判断した場合には、添付の申請書を用い、学長へ事前に申請すること。

また、同居する家族等がPCR検査の対象となった場合、当該職員は、所属長に報告のうえ、PCR検査の結果が出るまでの間、特別休暇を取得又は在宅勤務を行うこと。

(1) 時差出勤の活用

始業及び終業の時刻並びに休憩時間の時間帯を変更可能。（5:00～22:00 の間に限る。）

(2) 休日の振替の活用

休日を振り替えることにより、土日の勤務を行うことが可能。

(3) 執務室の分散

会議室や空きスペースの利用により、一つの部屋に多くの人が密集しない工夫を取る。

(4) 勤務体制計画

(1)・(2) の勤務を行う場合は、所属長の指示により行うものとし、事前に各部署において勤務体制計画を立てること。

7. 構内への立入制限について

(1) 製薬会社・MR等の大学・病院内への出入りを制限する。

なお、本学から依頼を受けた場合は立入を認めるが、職員からの不要不急の依頼は控えること。学外者の入構を依頼した各部署においては、学外者に対し、「**健康状態及び行動履歴確認票（ご来学者用）**」により健康状態や行動履歴の確認等を行うこと。~~（詳細は別途通知します。）~~当該確認票を受領した場合は、各部署において受領日から2週間適切に保管すること。

また、~~年末年始における~~人事異動に伴う挨拶回りのための立入は認めない。

(2) 報道機関等の構内での取材・撮影は、可能な限り、電話・メール・TV会議システム・Web会議システムによる対応とする。

やむを得ず構内での取材等が必要な場合は、感染予防（手指消毒、咳エチケットの徹底、こまめな換気、身体的距離の確保等）を徹底するとともに、健康状態や行動履歴の確認等を行うこと。（詳細は別途通知します。）

8. 感染防止のための基本的な対策

(1) 身体的距離の確保、手指衛生、咳エチケット及びマスク着用の徹底

- ・人との間隔は、できるだけ2m（最低1m）空けること。
- ・会話をする際は、可能な限り真正面を避けること。
- ・症状がなくてもマスクを着用すること。

- ・手洗いは30秒程度かけて水と石鹸で丁寧に洗うこと。(手指消毒薬の使用も可。)

(2) 日々の健康状態の確認

- ・疲労の蓄積につながるおそれがある長時間の時間外労働を避けること。
- ・十分な栄養摂取と睡眠の確保など健康管理を行うこと。
- ・出勤前の体温測定を徹底し、日々の健康状態の把握に努めること。
- ・各部署において、職員の日々の体調を確認するとともに、体調不良時には正直に申告しやすい雰囲気を醸成(体調不良の訴えがあれば勤務させない、正直に申告し休むことで不利益な扱いにしない)すること。

9. 感染防止のための具体的な対策

(1) 基本的な対策

- ・「換気の悪い密閉空間」、「多くの人密集」、「近距離で会話や発声」の3つの条件を同時に満たす行事等は極力回避すること。「3つの密」が重ならなくても、リスクを低減させるため、出来る限り「ゼロ密」を目指すこと。

(2) 換気の悪い密閉空間の改善

- ・多くの人が集まる会議室はもとより、通常の執務等で使用している部屋についても、人がいる間は原則、換気扇を使用することを徹底すること。(令和2年4月23日付け通知「新型コロナウイルス感染対策としての換気の徹底について」参照)
- ・居室の温度及び相対湿度を18℃以上かつ40%以上に維持できる範囲内で、暖房器具を使用しながら、一方向の窓を開けて換気を行うこと。(人がいない部屋の窓を開け、廊下を経由して、少し暖まった状態の新鮮な空気を人のいる部屋に取り入れることも、室温変化を抑えるのに有効。)

(3) 多くの人密集する場所の改善

- ・可能な限り、テレビ会議やメール等による書面会議を行い、人が集まる形での会議等をなるべく避けること。
- ・対面での会議やミーティング等を行う場合は、人と人との間隔をできるだけ2m(最低1m)空け、可能な限り真正面を避けること。
- ・カウンター業務等において、人と人が対面する場所は、アクリル板や不燃性透明ビニールカーテン等で遮蔽すること。

(4) 接触感染の防止

- ・物品・機器等(電話、パソコン、デスク等)については、複数人での共用をできる限り回避するとともに、こまめにアルコール(容量%で60%以上)、界面活性剤又は次亜塩素酸ナトリウム0.05%水溶液による清拭消毒を実施すること。

※人がいる環境に、消毒や除菌効果を謳う商品を空間噴霧して使用することは、眼、皮膚への付着や吸入による健康影響のおそれがあることから推奨されていません。

(5) 近距離での会話や発声の抑制

- ・人と会話する際には、大きな声を出さずに距離をなるべく保持すること。
- ・来学者との対面での接触や会話をなるべく避けること。
- ・1m以内で会話する必要がある場合は、可能な限り15分以内に留めること。

- ・休憩スペース等における対面での食事や会話は避けること。
- ・通常の清掃に加え、ウイルスが付着しやすい箇所（机，ドアノブ，スイッチ，テーブル，椅子等）を拭き取り清掃すること。

(6) ゴミの廃棄

- ・鼻水や唾液などが付いたゴミは，ビニール袋に入れて密閉して縛ること。
- ・ゴミを回収する場合は，マスクや手袋を着用することとし，作業後は必ず石鹸と流水で手洗いすること。

(7) 飲食店等における行動

- ・できる限り同居していない方との飲食は控えること。
- ・夜間も含め，日頃から3つの密（密閉，密集，密接）が発生する場所を徹底して避けること。
- ・自宅を含む飲食の場面においては，5人以上や2時間を超える長時間の飲食を控えること（同居者のみの場合を除く。）。
- ・多人数での集団旅行やイベント等における感染リスクについて，特に注意を払うこと。
- ・飲食店等を利用する場合には，自己適合宣言マーク等の表示に留意し，自己適合宣言マーク等の表示のない店舗や施設の利用を控えること。
- ・大声を出す行動（飲食店等で大声で話す，カラオケやイベント，スポーツ観戦等で大声を出すなど）を自粛すること。
- ・職場外でも感染リスクが高まる「5つの場面」（飲食を伴う懇親会，大人数や長時間の飲食，マスク無しでの会話，狭い空間での共同生活，居場所の切り替わり(※)）を避けるとともに，日常生活において「新しい生活様式」を実践すること。

※居場所の切り替わり・・・仕事での休憩時間に入った時など，居場所が切り替わると，気の緩みや環境の変化により，感染リスクが高まることもある。休憩室，喫煙所，更衣室での感染が疑われる事例が確認されている。

(8) 接触確認アプリのインストール等

- ・新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）や北海道コロナ通知システムを極力活用すること。（13. 参考・関連リンク参照）

(9) 人事異動に伴う挨拶回り

- ・人事異動に伴う不急の挨拶回りは自粛や後倒しすること。

10. 風邪症状が出た場合等の対応

(1) 次の症状があり、新型コロナウイルス感染症が疑われる場合は、必ず所属長に報告すること。(所属長が発症した場合は、所属職員に報告すること。以下対応は同じ。)

【有症状もしくは接触歴】 (感染制御部の休業目安と同様)

- ① 37.3度以上の発熱
- ② 咳, 鼻汁, 咽頭痛
- ③ 労作時呼吸困難の増強
- ④ 倦怠感
- ⑤ 味覚異常

or COVID-19患者との濃厚接触が判明(感染制御部からの指示)

or 流行地域で多数者と接触を持った

①～⑤の項目を2つ以上みたす時

➡ 自宅待機

自宅待機中は不要不急の外出を控え、安静にして療養に専念すること。症状が続く場合は受診すること。

①～⑤の項目を1つみたす時

➡ 休暇の取得を推奨するが、所属長と相談すること。

病院職員は就業継続となった場合、感染制御部へ報告すること。

(2) 就業復帰の目安は、「解熱剤を使用せず48時間発熱(37.3℃以上)がなく主要な症状が改善傾向にある場合」とし、事前に所属長と相談のうえ就業復帰すること。判断に迷う場合は、人事課労務管理係(TEL:0166-68-2127)へ連絡すること。

また、出勤後14日間は他の職員との濃厚接触を避けること。また、保健所からの指示がある場合は、それに従うこと。

なお、病院で勤務する職員は感染制御部からの通知に従うこと。

(3) 受診から結果報告までの流れ

【本院の発熱外来を受診する場合】

令和2年11月13日感染制御部作成の「COVID-19職員有症時等の対応」に基づき、発熱外来を受診すること。

職員の感染が判明した場合は、感染制御部は危機管理室(総務課総務係)へ報告すること。また、危機管理室は、職員の所属長と協力しながら、当該感染者の症状の有無、大学内における活動の態様、接触者の多寡、地域における感染拡大の状況、感染経路等を確認しつつ、学校保健安全法第20条に基づく臨時休業の必要性について、北海道や旭川市保健所等と十分相談の上、実施の有無、規模及び期間を判断する。

【かかりつけ医又は新型コロナウイルス感染症健康相談窓口に相談する場合】

1) 以下のいずれかに該当する場合は、かかりつけ医又は旭川市の新型コロナウイルス感染症健康相談窓口【TEL:0166-25-1201（毎日 24 時間対応）】（旭川市外居住者は、北海道新型コロナウイルス感染症健康相談センター【TEL:0800-222-0018（毎日 24 時間対応）】）に指示を仰ぎ、その内容を所属長へ報告すること。

- ① 呼吸困難、つよい倦怠感、高熱等の強い症状のいずれかがある場合
- ② 重症化しやすい方又は妊婦の方で、発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状がある場合
- ③ ①・②以外の方で、発熱や咳など比較的軽い風邪の症状が続く場合

報告を受けた所属長は、別紙「新型コロナウイルス感染症連絡票」をもとに聞き取りを行い、その内容を人事課労務管理係（TEL:0166-68-2127）に報告・提出すること。

なお、人事課労務管理係は、病院で勤務する職員にかかる報告を受けた場合には、「新型コロナウイルス感染症連絡票」の写しを感染制御部へ渡すこと。

2) PCR検査を実施することが決定した段階で、速やかに所属長に報告すること。報告を受けた所属長は、人事課労務管理係（TEL:0166-68-2127）に報告し、上記（3）により提出した別紙「新型コロナウイルス感染症連絡票」の内容に追記・修正等がある場合は、再提出すること。

なお、人事課労務管理係は、病院で勤務する職員にかかる報告を受けた場合には、感染制御部に報告すること。

3) PCRの結果が判明した際は、その結果を速やかに所属長に報告すること（結果が陰性であった場合も含む。）。報告を受けた所属長は、人事課労務管理係（TEL:0166-68-2127）に報告し、上記1）・2）により提出した別紙「新型コロナウイルス感染症連絡票」の内容に追記・修正等がある場合は、再提出すること。

なお、人事課労務管理係は、病院で勤務する職員にかかる報告を受けた場合には、感染制御部に報告すること。

4) 職員の感染が判明した場合は、人事課労務管理係は危機管理室（総務課総務係）へ報告すること。また、危機管理室は、当該感染者の症状の有無、大学内における活動の態様、接触者の多寡、地域における感染拡大の状況、感染経路の明否等を確認しつつ、学校保健安全法第20条に基づく臨時休業の必要性について、北海道や旭川市保健所等と十分相談の上、実施の有無、規模及び期間を判断する。

1 1. 新型コロナウイルス感染症に罹患した場合等の取扱いについて

(1) 就業禁止

以下に該当する場合は「就業禁止」とする。

- ① 新型コロナウイルスに感染していると診断された場合
- ② 職員や同居者が保健所から濃厚接触者として特定され、保健所から職員に対し自宅待

機が指示された場合

(2) 就業禁止期間

① 新型コロナウイルスに感染していると診断された場合

職場復帰の時期については、医療機関や保健所からの指示に従うこととし、併せて所属長に相談のうえ、産業医や感染制御部の意見を踏まえつつ、慎重に判断すること。

② 職員や同居者が保健所から濃厚接触者として特定され、保健所から職員に対し自宅待機が指示された場合

保健所の指示に従うこと。ただし、当該者の健康状況等によっては必要に応じて延長することがある。

(3) 同居の家族等が新型コロナウイルス感染症に罹患した場合や濃厚接触者となった場合

同居の家族等が新型コロナウイルス感染症に罹患した場合は、必ず所属長に報告すること。

また、同居する家族等がPCR検査の対象となった場合、当該職員は、所属長に報告のうえ、PCR検査の結果が出るまでの間、特別休暇を取得又は在宅勤務を行うこと。

また、同居の家族等のPCR検査結果が陰性であった場合、職員は保健所からの職員に対する自宅待機が指示されない限り、自宅待機の必要はないが、マスクの着用や手指衛生の徹底し、自身の体調に注意を払うこと。

1 2. その他

以下のことについて徹底するとともに、引き続き国及び地方自治体の示す対応方針等を注視し、それに従うこと。

(1) 三密状態を避け、自分や他者への感染リスクを最小限にとどめるための行動をすること。

(2) 不特定多数者との接触を避け、感染のフォローアップが困難になるような行動を避けること。

1 3. 参考・関連リンク

・「コロナ対策のポイントを、探そう！」ページ

<https://corona.go.jp/proposal/winter/>

・新型コロナウイルス感染症対策推進室 Twitter

<https://twitter.com/Kanboukanssen>

・北海道ホームページ（新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に関する情報）

<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/ss/ssa/singatakoronahaien.htm>

・北海道新型コロナウイルス感染症 ご相談・お問い合わせ

<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/ss/ssa/koronasoudantoiawase.htm>

・旭川市ホームページ（新型コロナウイルス感染症について）

<https://www.city.asahikawa.hokkaido.jp/kurashi/135/136/150/d068298.html>

・厚生労働省ホームページ（新型コロナウイルス感染症について）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html

- ・新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）COVID-19 Contact-Confirming Application
（厚生労働省ホームページ）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/cocoa_00138.html

- ・北海道コロナ通知システム（北海道ホームページ）

<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/kz/kks/coronaalertsystm.htm>

- ・文部科学省ホームページ（新型コロナウイルスに関連した感染症対策に関する対応について）

https://www.mext.go.jp/a_menu/coronavirus/index.html

- ・首相官邸（新型コロナウイルス感染症に備えて～一人ひとりができる対策を知っておこう～）

<http://www.kantei.go.jp/jp/headline/kansensho/coronavirus.html>

- ・外務省海外安全ホームページ

<https://www.anzen.mofa.go.jp>

・新型コロナウイルス感染症に係る職場における集団感染事例

新型コロナウイルス感染症に係る職場における感染防止措置の取組の参考となるよう、職場における集団感染が発生したと考えられる事例が、厚生労働省から紹介されています。

事例1) 事業場（執務室）

多数の労働者が勤務する執務室内で集団感染が発生したものの。

（集団感染が発生した原因として考えられるもの）

- ・執務室内で作業する労働者の半数がマスクをしていなかった。
- ・席配置について、他の労働者と密接する環境であった。
- ・換気が不十分であった。
- ・複数人で物品・機器等を共有する場合において、消毒を実施していなかった。

事例2) 事業場（休憩スペースや社員食堂等）

多くの労働者が休憩を同時に取得し、休憩スペースや更衣室も複数の労働者が同時に利用したことから、集団感染が発生したものの。

（集団感染が発生した原因として考えられるもの）

- ・多くの労働者が休憩を同時に取得し、休憩スペースや更衣室および食堂で密集した状況となっていた。
- ・更衣室において、複数の労働者がロッカーを共同で利用する場合に、消毒を実施していなかった。
- ・食堂において、飛沫感染の防止措置を取らず、労働者が対面で会話をしながら食事をしていました。

事例3) 事業場外（外勤時や移動時）

研修など宿泊を伴う業務において、行動を共にしていた労働者が発症。また複数の労働者が、車両にて移動したことから同乗した複数の労働者にも感染が拡大したものの。

（集団感染が発生した原因として考えられるもの）

- ・集団での活動や生活する場で密集していたことから感染した。
- ・車内では、密接した配席であり、換気も不十分であった。

事例4) 事業場外（勤務時間外等）

職場で開催された就業時間後の飲み会を端緒に集団感染が発生したものの。

（集団感染が発生した原因として考えられるもの）

- ・飲み会の中では密集した状況であり、換気も不十分であった。
- ・近い距離で比較的大きな声で談笑していた。
- ・職場以外でも感染防止が必要なことが十分周知できていなかった。

（令和2年8月7日付け厚生労働省労働基準局長通知「職場における新型コロナウイルス感染症への感染予防、健康管理の強化」別添資料2・2から一部抜粋したものです。）

令和 年 月 日

学 長 殿

申請者（所属長）所属
氏名

新型コロナウイルス感染対策としての在宅勤務について（申請）

新型コロナウイルス感染対策による学校等の臨時休校・休園に伴い、下記のとおり、当該学校等に通う子を養育している職員について、在宅勤務をさせたいので、よろしくお取り計らい願います。なお、在宅勤務に当たっては、個人情報を持ち出すことはありません。

記

1. 在宅勤務をさせようとする職員の職名・氏名

職名： _____ 氏名： _____

2. 在宅勤務において従事する業務内容

3. 養育する子の状況

(1) 氏名 _____

(2) 小・中・高等学校 _____ 年生 ・ 幼児

(3) 学校等名 _____

4. 在宅勤務の期間については、学校等の臨時休業期間に限ります。
在宅勤務日については、「勤務時間管理表」において報告します。

~~~~~  
上記在宅勤務にあたり、大学から個人情報は持ち出さないことを約束します。

署名 \_\_\_\_\_

本件について、承認します。

令和 年 月 日 学長 吉 田 晃 敏 【公印省略】

# COVID-19 職員有症時等の対応

R2.11.13作成  
感染制御部

以下の症状を2つ以上満たす

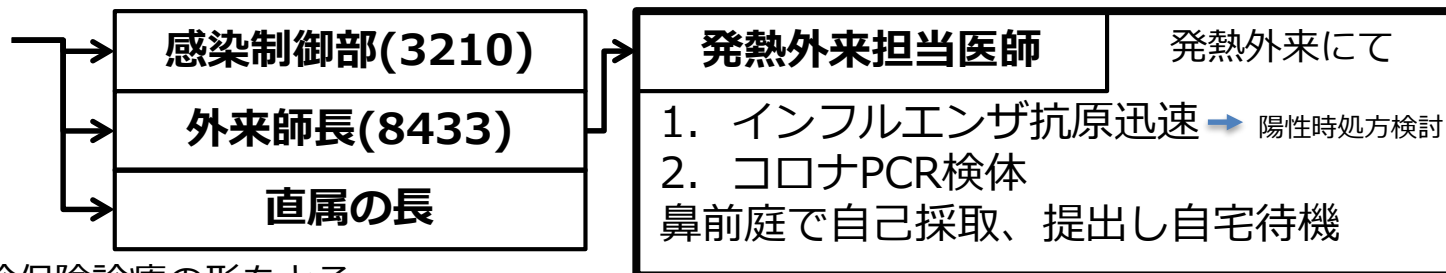
1. 37.3度以上の発熱
2. 咳、鼻汁、咽頭痛
3. 労作時呼吸困難の増強
4. 倦怠感
5. 味覚異常

or COVID-19患者との濃厚接触が判明 (感染制御部からの指示)

or 流行地域で多数者と接触を持った

平日は9時・13時のPCR検査  
休日は9時のPCR検査に  
間に合うように受診するの  
が望ましい。

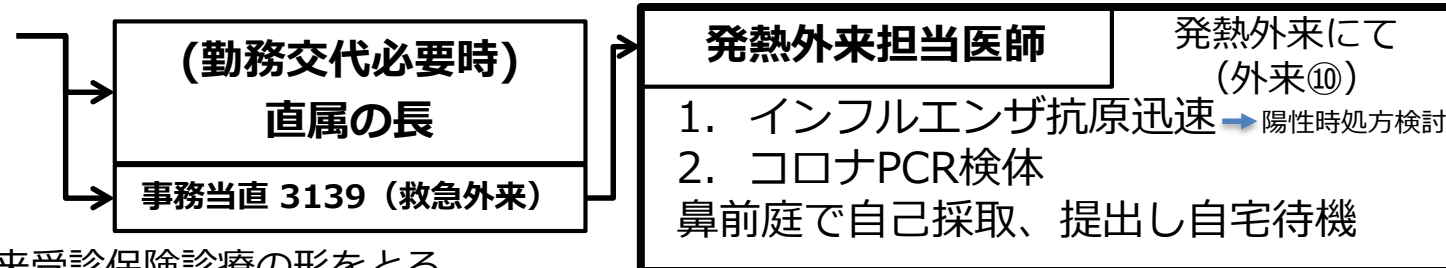
8:30~17:15



外来受診保険診療の形をとる

(医師・看護師等) 自科外来からの検体提出は認めるが、感染制御部(3210)、科長・師長に連絡

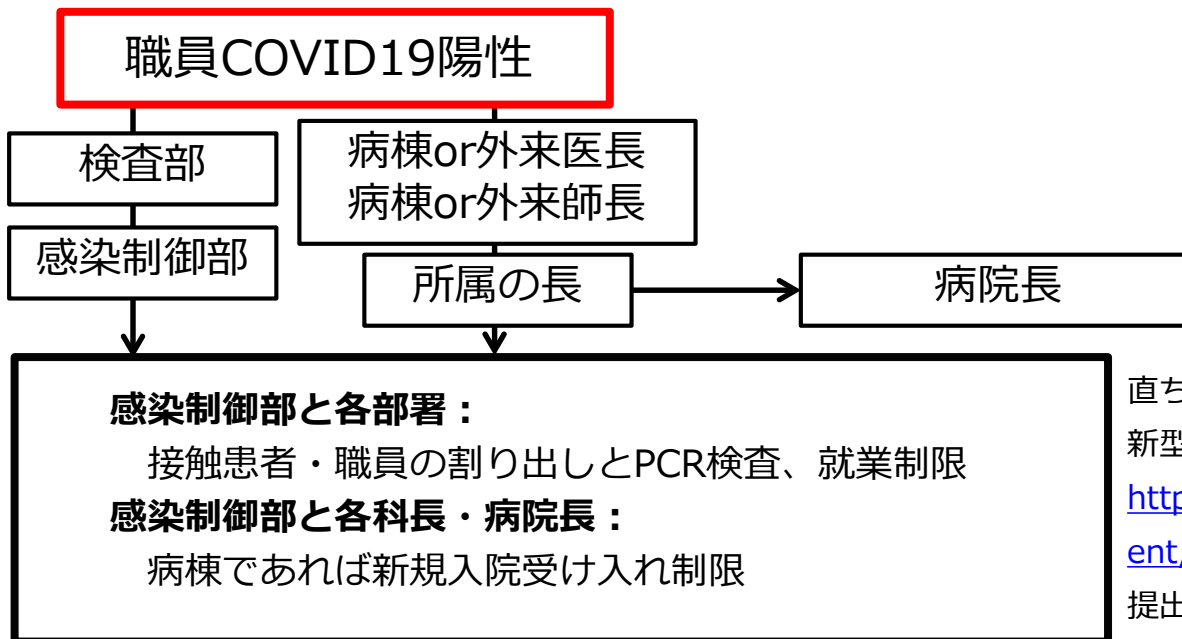
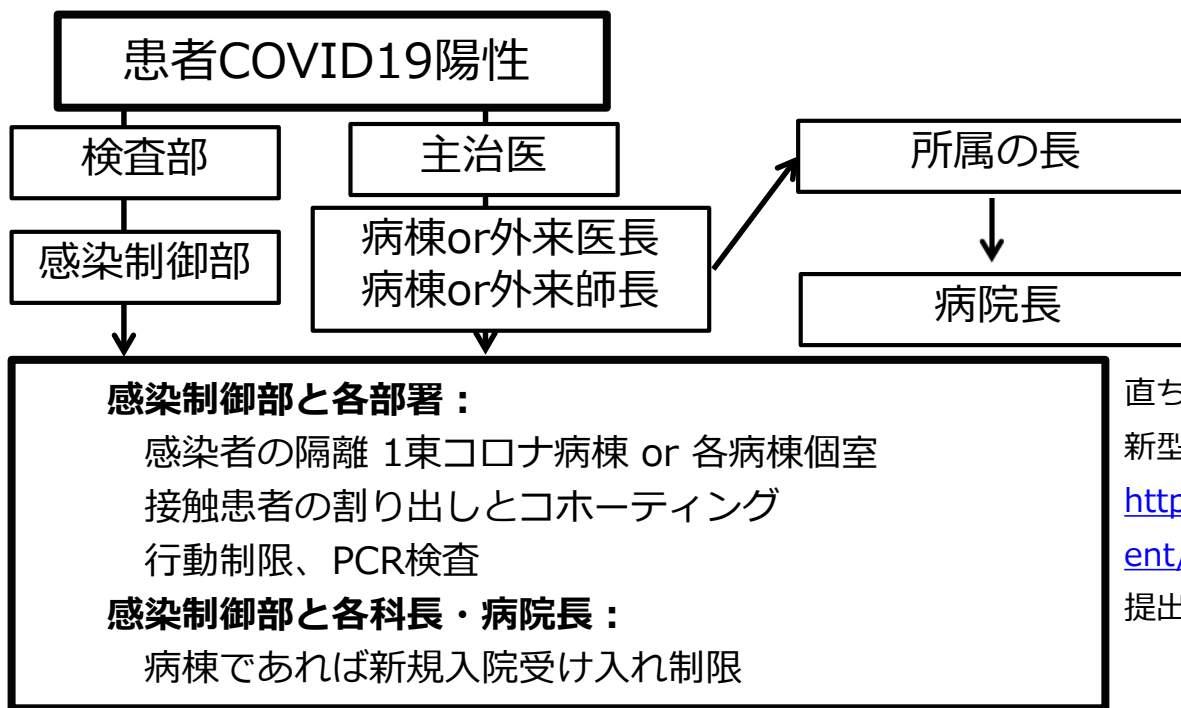
17:15~8:30



発熱外来受診保険診療の形をとる

翌朝8:30 感染制御部(3210)、直属の長に連絡

結果は直属の長より連絡し、就業相談  
を行う。陽性の場合、次ページへ。



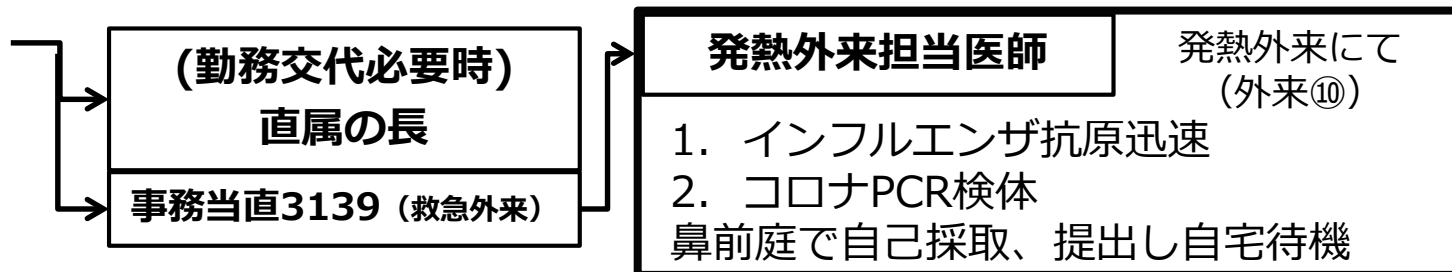
以下の症状を2つ以上満たす

1. 37.3度以上の発熱
2. 咳、鼻汁、咽頭痛
3. 労作時呼吸困難の増強
4. 倦怠感
5. 味覚異常

or COVID19患者との濃厚接触が判明（感染制御部からの指示）

or 流行地域で多数者と接触を持った

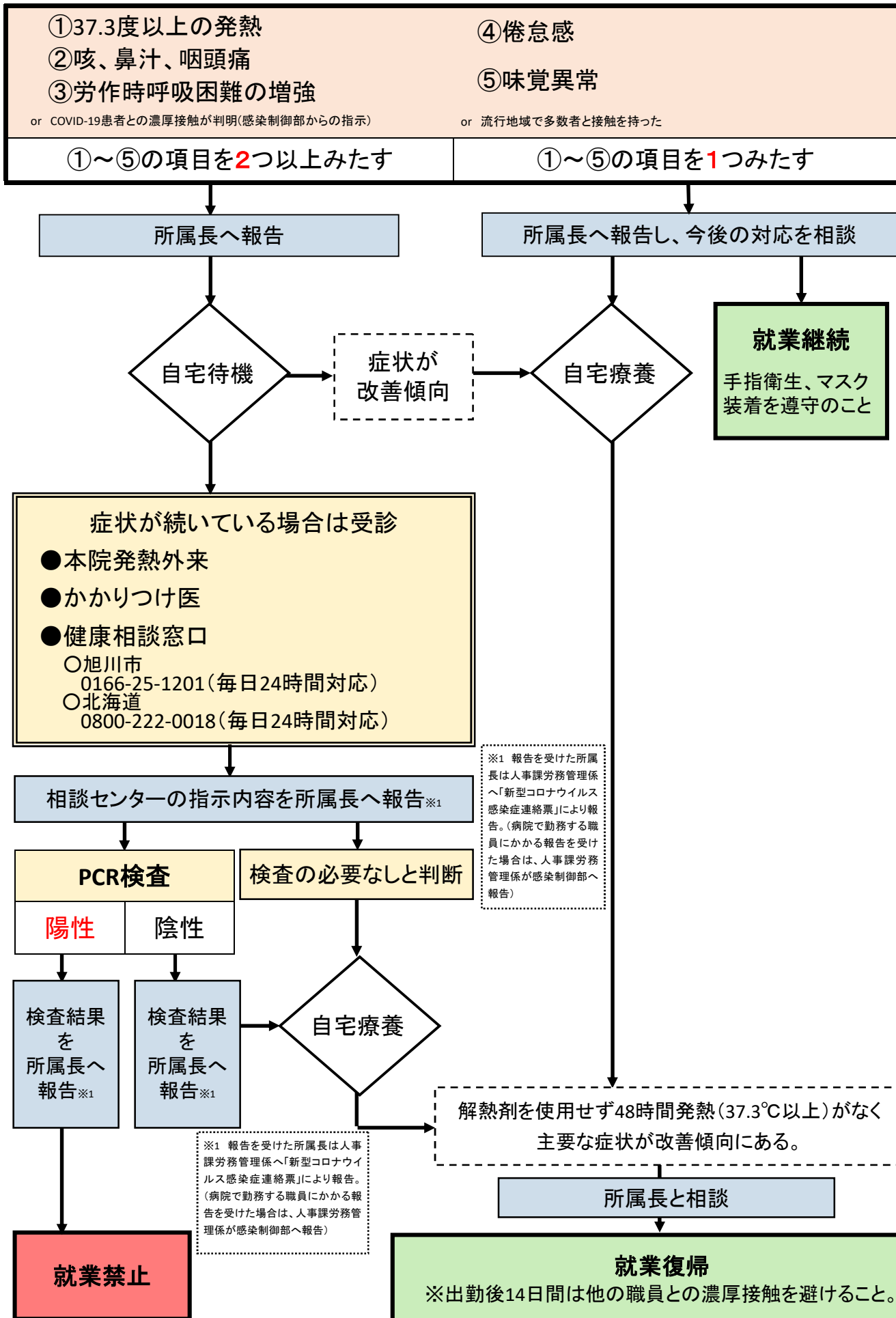
R2.11.13作成  
感染制御部



1. 事務当直 3139へ連絡をし、発熱外来（病院職員であり、発熱外来を受診したいと告げ）の受診手続きを行う。
2. 事務当直（外来⑮）で受付後、発熱外来（外来⑩）へ行き検査実施。自分で検査部当直（8269）に電話をして、検体提出。
3. インフルエンザの結果を待つ。（陽性時処方検討）
4. 料金ホルダーを事務当直(外来⑮)へ提出して、帰宅。
5. 翌朝 直属の長に連絡

発熱外来受診時の注意: サージカルマスクを着用し、手指衛生を順守すること。  
飛沫等の汚染があった場合はエタノールで消毒すること。

# 報告・相談の手順



## 新型コロナウイルス感染症連絡票

 受付者 所属  
 氏名

※ 可能な範囲で記入してください。

|                        |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |    |                                                       |     |                          |                          |                          |                          |   |
|------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|-------------------------------------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 連絡を受けた日                | 令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |    |                                                       |     |                          |                          |                          |                          |   |
| 所属・職名                  | 所属                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |    | 職名                                                    |     |                          |                          | 学内内線                     |                          |   |
| ふりがな                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |    |                                                       |     |                          |                          |                          |                          |   |
| 氏名                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |    |                                                       |     |                          |                          |                          |                          |   |
| 連絡先電話番号                | ※携帯電話等、必ず連絡がとれる番号を記載すること |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |    |                                                       |     |                          |                          |                          |                          |   |
| 渡航歴                    | <input type="checkbox"/> | 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | 有  | (渡航先: )<br>(渡航期間: 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) )<br>(渡航ルート: )    |     |                          |                          |                          |                          |   |
| 陽性者との直接の濃厚接触           | <input type="checkbox"/> | 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | 有  | 就業中のマスク着用の有無                                          |     |                          | <input type="checkbox"/> | 無                        | <input type="checkbox"/> | 有 |
| 現在の症状等                 | 1                        | 体温                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 度                        | 分  | 測定時刻                                                  |     |                          | 時                        | 分頃                       |                          |   |
|                        | 2                        | 次のいずれかに該当する自覚症状あり。<br><input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> だるさ<br><input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 呼吸困難の増強 <input type="checkbox"/> 嗅覚味覚障害<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                          |    |                                                       |     |                          |                          |                          |                          |   |
| 症状が現れた日                | 令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時頃    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |    |                                                       |     |                          |                          |                          |                          |   |
| 発症2日前までの行動             | 月 日 ( )                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |    |                                                       |     |                          |                          |                          |                          |   |
| (出勤状況や会議への出席、職場内での動線等) | 月 日 ( )                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |    |                                                       |     |                          |                          |                          |                          |   |
| 現在の滞在場所                | <input type="checkbox"/> | 自宅                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | 実家 | <input type="checkbox"/>                              | ホテル | <input type="checkbox"/> | 医療機関( )                  | <input type="checkbox"/> | その他( )                   |   |
| 医療機関受診の有無等             | <input type="checkbox"/> | 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | 有  | (受診日: 月 日 ( ) )<br>(医療機関名: )<br>(診断: )<br>(今後の見通し等: ) |     |                          |                          |                          |                          |   |
| 保健所への連絡                | <input type="checkbox"/> | 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | 有  | (保健所名: )<br>(担当者名: )<br>(連絡先: )<br>保健所からの指示内容:        |     |                          |                          |                          |                          |   |
| その他<br>(追記報告があれば記載)    |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |    |                                                       |     |                          |                          |                          |                          |   |
| 職員へ指示した事項              |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |    |                                                       |     |                          |                          |                          |                          |   |

提出先: 人事課労務管理係





【同居家族の行動履歴に関する質問】 ※わかる範囲でご記入ください。

|                                            |                                                                                               |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 同居家族の<br>過去2週間以内の道内・<br>道外への移動歴            | 滞在場所 ( )<br>移動手段 ( )<br>移動日 ( )                                                               |
| 同居家族の<br>過去2週間以内の新型コロナウイ<br>ルス感染症陽性者との濃厚接触 | <input type="checkbox"/> 有<br>→同居家族が濃厚接触者となった場合には、日程の変更をお願いします。<br><input type="checkbox"/> 無 |

※ご記入頂きました個人情報、新型コロナウイルス感染拡大防止上、ご本人へ連絡が必要となった際に利用する以外、その他の目的に利用することはありません。

【各部署へのお願い】本確認票を受領した各部署は、受領日から2週間適切に保管してください。

2週間経過後は適切に破棄願います。

旭川医科大学危機管理室