2021年　　月　　日

来院申請書

新型コロナウイルス対策本部緊急通達に基づき、下記の通り申請を致します。

会社名

会社代表者氏名

弊社では下記社員の行動歴・健康状態・体温管理等の確認を徹底しています。

なお、手術や検査時のマスクやガウン等については自社で準備し、訪問時の感染防止策（手指消毒・サージカルマスクの着用）を徹底いたします。

私は、２週間以内の行動歴・健康状態・体温管理等の確認を徹底しています。

来院者氏名

ワクチン接種の有無：□接種済（　　）回　　　□接種未了

1週間以内のPCR検査の有無　　□有（　　月　　日）　　□無

＊ワクチン未接種の場合には、予め訪問先担当者にお問合せください。

|  |  |
| --- | --- |
| 日　　時 | 　　　月　　日（　　）～　　　月　　日（　　） |
| 主な来院理由（該当項目に☑） | □商品納入　　□営業活動　　□会議・研修　　□機器修理・点検□その他（詳細記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 訪問場所 | 詳細をご記入下さい |
| アポイント | □あり　　　　　　　□なし |
| 訪問先氏名 | 詳細をご記入下さい（役職　　　　　　　　　　　　　　　　　）（氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 訪問方法 | 自家用車・バス・電車・新幹線・飛行機・その他（　　　　　　　） |
| 出発地（該当項目に☑） | □緊急事態宣言地域□まん延防止等重点措置地域上記以外（詳細記載　　　　　　　　　県　　　　　　　　　　　　市） |
| 訪問者緊急時連絡先 |  |

上記について、確認・承認致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対策本部担当 | 所属長 |
|  |  |

2020年4月制定（2021年9月9日改定）

2021年　　　月　　　日

＜緊急＞　来院申請書

院内要請者 サイン

院内携帯電話番号

貴院の緊急訪問要請を受けて、訪問申請を下記理由で事後に報告・申請をします。

なお、手術や検査時のマスクやガウンについては、自社で準備します。

|  |  |
| --- | --- |
| 日　　時 | 　　　月　　日（　　）～　　　月　　日（　　） |
| 緊急訪問要請理由（該当項目に☑） | □商品緊急納入（商品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）□緊急手術サポート（術式：　　　　　　　　　　　　　　　　）□緊急修理サポート（該当機器：　　　　　　　　　　　　　　）□その他検査サポート（詳細：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 訪問者氏名（該当項目に☑） | 署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ワクチン接種の有無：□接種済（　　）回　　　□接種未了　　1週間以内のPCR検査の有無　　□有（　　月　　日）　□無　＊ワクチン未接種の場合には、予め訪問先担当者にお問合せください。 |
| 主な院内滞在先 | （記入例・手術室　等　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 訪問方法 | 自家用車・バス・電車・新幹線・飛行機・その他（　　　　　　　） |
| 出発地（該当項目に☑） | □緊急事態宣言地域□まん延防止等重点措置地域上記以外（詳細記載　　　　　　県　　　　　　　　　　　　市） |
| 訪問者緊急時連絡先 |  |

2021年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 本田院長 | 院内感染対策本部長 |
|  |  |

2020年4月制定

2021年9月9日改定