

(別添)

緊急事態宣言対象地域を往訪した方の把握及び健康観察について

先般（4月7日）、新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、政府より新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく「緊急事態宣言」が発出され、東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、大阪府、兵庫県、福岡県の7都府県が緊急事態措置を実施すべき区域に指定されたところです。

県としましては、緊急事態措置を実施すべき区域への不要不急の移動の自粛、及び帰県・転入された方に対し2週間の不要不急の外出自粛と健康観察を要請したところです。

健康観察の実効性を高めるためには、上記区域を往訪された方に対し、具体的な健康観察の手法等を明示することが重要であり、既に県職員については、4月8日から実施しているところです。

つきましては、貴職におかれましても、職場内の状況把握や従業員の皆様の健康観察など、感染防止の取組にご協力いただきますようお願いいたします。

【健康観察方法】

1. 該当者の把握

- (1) 該当者をリストアップする。（4月1日以降本人または同居者が緊急事態宣言対象地域を往訪した方）（別紙1）
- (2) 該当者に対して、健康観察（下記2. 参照）の必要性を説明するとともに、出勤時及び勤務時間中はマスクを着用してもらうよう促す。

2. 具体的な健康観察の手法

(1) 本人

- ① 毎朝、体温を測定し、健康観察票（別紙2）に記入のうえ、職場管理者へ提出する。
- ② 発熱や症状欄（※）に「有」がある場合には、出勤せずに職場に連絡するとともに、まずは電話でかかりつけ医に相談する。
※症状：咳、呼吸困難、全身倦怠感、味覚・嗅覚障害など

(2) 職場管理者

- ① 毎朝、本人から提出された健康観察票の内容確認を行う。（確認後、本人へ返却）
- ② 体調不良の症状を確認した場合には、出勤させず、まずは電話でかかりつけ医に相談するよう勧める。

【健康観察方法】

1. 該当者の把握

- ① 4月1日以降、「職員・従業員」または「その同居者」が緊急事態宣言対象地域（※）に行ったことがあるか確認
 ※東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、大阪府、兵庫県、福岡県（4/9現在）

該当者がいる場合

- ② 該当者に対し、「2. 健康観察」の必要性を説明し健康観察に取り組んでもらう。また、出勤時及び勤務時間中はマスクを着用してもらう。

別紙1

部署名

4月1日以降の緊急事態宣言対象地域往訪者名簿（同居者が往訪した場合を含む）

番号	氏名	本人往訪	同居者往訪	本人の往訪歴			同居者の往訪歴			備考
				期間	地域	病種	期間	地域		
(記入例)	大分 太郎	○	○	4/1~4/3	東京都	長男	3/30~4/5	東京都		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

※緊急事態宣言対象地域：東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、大阪府、兵庫県、福岡県

2. 健康観察

本人

職場管理者

- ① 毎朝、体温を測定し、健康観察表（下表）に記入

発熱や症状欄（※）に有がある場合

- ② 出勤せずに職場に連絡するとともに、まずは電話でかかりつけ医に相談する

※症状

咳、呼吸困難、全身倦怠感、味覚・嗅覚障害など

提出

連絡

- ① 健康観察表を確認（確認後、本人へ返却）

- ② 体調不良の症状を確認した場合には、出勤させずまずは電話でかかりつけ医に相談するよう勧める

別紙2

健康観察票

1. これは、4/1以降に緊急事態宣言対象地域を訪問した方の調査票です。自宅に持ち帰り、毎朝記入して管理者へ提出してください。
 2. 注意深く健康チェックをし、気になる症状が現れた時には、出勤前に職場へ連絡して下さい。健康観察は、14日間とします。

部署名:		氏名:		TEL:		E-mail:						
日付	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	備考	
記入例	体温(朝)	36.6℃	36.6℃	※症状について、詳細事項があれば備考欄に記入								花粉症あり
咳	無	無	無									
1.体温(朝)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
2.症状欄												
呼吸器症状	咳	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他	全身倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	味覚障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他	嗅覚障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	その他											
所属確認者												
体調不良時連絡先 担当者 TEL: FAX:												