

| 学校給食従事者 職場復帰連絡票 | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 連絡先 | <input type="checkbox"/> | 鳥取市教育委員会学校保健給食課 | 報告者 | 〇〇学校給食センター |
| | <input type="checkbox"/> | | | 所長 〇〇〇〇 |
| | <input type="checkbox"/> | | | TEL・FAX |
| 連絡日時 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 午前 | ・ | 午後 | 時 |
| | | | | 曜日 |
| 自宅待機該当者 | 職名 | | 氏名 | |
| 健康異常 発生 該当者 | 区 分 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居人（〇〇〇） | | |
| | ア 健康異常の状況 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| | | <input type="checkbox"/> 吐気 | 体温（ | ℃） |
| | イ 発症日時 | 月 | 日 | 時 分 |
| | 発症経過 | | | |
| | ウ 吐物又は汚物の処理状況 | | | |
| | エ 医師の診断の有無と所見 | | | |
| | オ 食物・飲食の状況 | | | |
| カ 学校給食従事者・同居人等の健康異常の有無 | | | | |
| センター 所長等 による 確認 | ① ノロウィルス 抗原検査の実施 | 検体提出日 | 月 | 日（ ） |
| | | 結果〔陰性〕判明日 | 月 | 日（ ） |
| | ② 自宅待機の期間(予定) 職場復帰予定日 | 月 | 日 | から |
| | | 月 | 日 | まで |
| | ③ 健康観察(同居人を含む。)及び 他の従事者の健康観察状況 | <input type="checkbox"/> 状況把握 | | |
| ④ 職場復帰に当たって 該当従事者へ指示した事項 | | | | |
| 教育委員会 学校保健給食課 からの指示事項 | | | | |
| 備 考 | | | | |