

**บันทึกการขาดงานหรือการเจ็บป่วยของพนักงาน**

คำแนะนำ: ให้ใช้บันทึกนี้เพื่อติดตามการขาดงานของพนักงานเนื่องจากการเจ็บป่วย การติดตามการขาดงานจะช่วยให้สถานประกอบการของคุณสามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรคที่เกิดจากอาหารได้ดีขึ้น โปรดตรวจทานและอ้างอิงกับนโยบายด้านสุขภาพของพนักงานของสถานประกอบการของคุณ หากไม่ได้รับการวินิจฉัย ให้อ้างอิงกับแนวทางเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดจากอาหารและการงดเว้นจากการทำงาน

วันที่ รายงาน	ชื่อพนักงาน	อาการเจ็บป่วยที่พนักงานรายงานให้ผู้จัดการทราบ		คำตอบของผู้จัดการ/พนักงาน:					
		อาเจียน (V), ท้องเสีย (D), ตัวเหลือง (J), เจ็บคอและมี ไข้ (ST), ผลัดติดเชื้อ (IW)	อาการอื่นๆ	วันที่ให้ด ่วนหรือจำกัด การทำงาน*	วันที่กลับมา ทำงาน ตามปกติ หน้าที่อะไร	ปรึกษา แพทย์แล้ว หรือไม่ ใช่/ไม่	ได้รับการ วินิจฉัยแล้ว หรือไม่** ใช่/ ไม่ หากใช่ ระบุ ชื่อของการ เจ็บป่วย	ติดต่อแผนก สุขภาพแล้ว หรือไม่ ใช่/ไม่	หน้าที่ที่ถูกจำกัด
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							
		_V _D _J _ST _IW							

\*หากมีอาการอาเจียนและท้องเสีย ให้พนักงานด้านอาหารงดเว้นจากการทำงาน

จนกว่าจะผ่านไป 24 ชั่วโมงหลังจากอาการหยุดลง

\*\*หากพนักงานด้านอาหารได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโนโรไวรัส, เชื้อ E. coli O157:H7, เชื้อ Shigella spp., เชื้อไวรัสตับอักเสบบเอ, เชื้อ Salmonella typhi และ/หรือหากมีอาการตัวเหลือง ให้งดเว้นจากการทำงานและติดต่อ Washoe County Health District ที่ 775-328-2434, option 8

