＜　１　＞

**面会者　チェックシート**

**＊ひとつでも該当するものがあれば面会を控えていただきます**

**＊面会者１名ずつのご記入をお願いします**

**＊２名でお越しの方は裏面のチェックシートをご利用ください**

【行動チェック項目】　＊その他、施設側で気に係る事項があれば確認させていただく場合があります

□現在、感染リスクの残る都道府県に居住・勤務していません

□過去、２週間以内に感染者等との接触はありません

□新型コロナには感染していません（過去に感染し回復した場合には、お申し出ください）

□過去２週間以内の発熱がありません

□面会者は２名以内です

□マスクを着用します

□面会前後の手指消毒を徹底します

□１０分程度の面会となることを了承しました

□施設側が定めた距離を保ち、身体に触れないようにします

□涙や鼻水を拭うなどの行為をしないようにします

【体調チェック項目】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 発熱している（検温していただきます）　来苑時　　　　　　　　℃ | □はい | □いいえ |
| 過去２週間に発熱した（37.5℃） | □はい | □いいえ |
| だるい | □はい | □いいえ |
| 気持ちが悪い、吐き気がある | □はい | □いいえ |
| 過去１週間以内に嘔吐した | □はい | □いいえ |
| のどが痛い | □はい | □いいえ |
| 下痢をしている | □はい | □いいえ |
| くしゃみ、鼻水がある | □はい | □いいえ |
| 目が赤い、結膜炎がある | □はい | □いいえ |
| １ヶ月以内に始まった咳がある | □はい | □いいえ |
| １ヶ月以内から嗅覚に違和感がある | □はい | □いいえ |
| １ヶ月以内から味覚に違和感がある | □はい | □いいえ |
| 同居している人に下記のような症状の人がいる（発熱、倦怠感、吐き気、目の充血、味覚・嗅覚障害など） | □はい | □いいえ |

**面会日：令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　ご利用者名　：**

**面会者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　　　　　）**

**緊急連絡先：** （同じ連絡先の場合は、どちらか一方にご記入ください）

**特別養護老人ホームだいご苑**

＜　２　＞

**面会者　チェックシート**

【行動チェック項目】　＊その他、施設側で気に係る事項があれば確認させていただく場合があります

□現在、感染リスクの残る都道府県に居住・勤務していません

□過去、２週間以内に感染者等との接触はありません

□新型コロナには感染していません（過去に感染し回復した場合には、お申し出ください）

□過去２週間以内の発熱がありません

□面会者は２名以内です

□マスクを着用します

□面会前後の手指消毒を徹底します

□１０分程度の面会となることを了承しました

□施設側が定めた距離を保ち、身体に触れないようにします

□涙や鼻水を拭うなどの行為をしないようにします

【体調チェック項目】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 発熱している（検温していただきます）　来苑時　　　　　　　　℃ | □はい | □いいえ |
| 過去２週間に発熱した（37.5℃） | □はい | □いいえ |
| だるい | □はい | □いいえ |
| 気持ちが悪い、吐き気がある | □はい | □いいえ |
| 過去１週間以内に嘔吐した | □はい | □いいえ |
| のどが痛い | □はい | □いいえ |
| 下痢をしている | □はい | □いいえ |
| くしゃみ、鼻水がある | □はい | □いいえ |
| 目が赤い、結膜炎がある | □はい | □いいえ |
| １ヶ月以内に始まった咳がある | □はい | □いいえ |
| １ヶ月以内から嗅覚に違和感がある | □はい | □いいえ |
| １ヶ月以内から味覚に違和感がある | □はい | □いいえ |
| 同居している人に下記のような症状の人がいる（発熱、倦怠感、吐き気、目の充血、味覚・嗅覚障害など） | □はい | □いいえ |

**面会日：令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　ご利用者名　：**

**面会者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　　　　　）**

**緊急連絡先：** （同じ連絡先の場合は、どちらか一方にご記入ください）

**特別養護老人ホームだいご苑**