

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

- コロナワクチン接種、3回済んでいます
- 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
- 過去5日間、同居家族以外との飲食はありません
- 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 _____ °C	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
過去2週間に発熱した(37.5°C)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
だるい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
気持ちが悪い、吐き気がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
過去1週間以内に嘔吐した	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
のどが痛い	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
下痢をしている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
くしゃみ、鼻水がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
目が赤い、結膜炎がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
1ヶ月以内に始まった咳がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
1ヶ月以内から嗅覚に違和感がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
1ヶ月以内から味覚に違和感がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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)