



面 会 者 健 康 等 チ ェ ッ ク シ ー ト

施設
チェック欄

(面会に関する協力のお願い)

- ☐ 面会時のマスク着用・うがい・手洗いの実施。 (○ ・ ×)
- ☐ 食べ物施設内持ち込みについて、感染症予防の観点から禁止とさせていただきます。 (はい ・ いいえ)

(ひとつでも該当がある場合は面会についてはご遠慮願います)

- ☐ 発熱している。 本日の体温 _____℃ (ある ・ なし)
- ☐ 過去2週間以内に熱があった。 (ある ・ なし)
- ☐ だるい。 (ある ・ なし)
- ☐ 気持ち悪い・吐き気がある。 (ある ・ なし)
- ☐ 過去1週間以内に嘔吐した。 (ある ・ なし)
- ☐ のどが痛い。 (ある ・ なし)
- ☐ 下痢をしている。 (ある ・ なし)
- ☐ くしゃみ、鼻水がある。 (ある ・ なし)
- ☐ 目が赤い、または結膜炎がある。 (ある ・ なし)
- ☐ 1ヶ月以内に始まった咳がある。 (ある ・ なし)
- ☐ 1ヶ月以内に始まった匂いの感じにくさがある。 (ある ・ なし)
- ☐ 1ヶ月以内に始まった味の感じにくさがある。 (ある ・ なし)
- ☐ 同居している方が2週間以内に発熱している。 (ある ・ なし)
- ☐ 直近2週間の海外渡航歴。 (ある ・ なし)
- ☐ 直近2週間、海外渡航歴のある方や新型コロナウイルス感染者との接触。 (ある ・ なし)
- ☐ 直近2週間、新型コロナウイルスの濃厚接触者と疑われる方との接触。 (ある ・ なし)

上記、「面会者健康等チェックシート」内容に相違ありません。

令和 年 月 日

入所者様氏名 _____

面会者様等氏名 _____ (続柄 _____)

住 所 _____

連絡先 _____

面会時間 _____ 時 分 ~ _____ 時 分まで

※ご面会時間は、15分程度でお願いいたします。