

面会者健康チェックシート

★過去 2 週間以内にひとつでも該当(有)があれば、施設職員へご相談ください

- ① 有 無 発熱している・熱があった
- ② 有 無 倦怠感がある
- ③ 有 無 気持ち悪い・吐き気がある・嘔吐した
- ④ 有 無 下痢をしている
- ⑤ 有 無 くしゃみ、鼻水がある・のどが痛い
- ⑥ 有 無 関節の痛みやその他体調不良がある
- ⑦ 有 無 咳がある
- ⑧ 有 無 匂いにくさ・味の感じにくさがある
- ⑨ 有 無 自分や家族の職場・学校・自宅の周辺に、感染者又は濃厚接触者がいる
- ⑩ 有 無 政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国・地域への渡航歴がある
- ⑪ 有 無 同居家族に①～⑩に該当するかたがいる
- 有 無 面会者のマスク着用の有無
- 有 無 面会者の手指消毒の有無
- 有 無 差し入れの有無 ※差し入れは施設職員が確認させていただきます。
- 同意(する しない) 面会者が面会后 2 週間以内に発熱等の症状が出た場合は、貴施設へ連絡することに同意します。

面会票

●面会日時	令和 年 月 日	施設長確認	面会同席職員
	午前・午後 時 分		
●入所者のお名前			
●面会者のお名前			
●入所者との関係		●現在の体温	℃
●面会者の住所			
●面会者の連絡先			

※対面面会は 15 分以内・4名以内とさせていただきます。