

面会者健康観察チェックシート

利用者氏名			
面会者の情報			
面会者氏名			
電話番号			
体温	度		
質問事項		回答	
①感染症が疑われる症状（のどの痛み、咳、倦怠感、下痢、嗅覚・味覚障害等）がありますか。		はい	いいえ
②濃厚接触者ですか。		はい	いいえ
③同居家族に発熱等感染症を疑われる症状はありますか。		はい	いいえ
④過去2週間以内に感染者、感染の疑いがある者との接触がありますか。		はい	いいえ
⑤過去2週間以内に発熱等の感染症が疑われる症状はありますか。		はい	いいえ
⑥過去2週間以内に、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、地域等への渡航歴はありますか。		はい	いいえ

※面会后、1週間以内にコロナウイルス発症、もしくは感染していた事が明らかになった場合は必ず施設へご連絡ください。

職員記入欄	対応者：
受付時間	令和 年 月 日 時 分
退出時間	令和 年 月 日 時 分