

(別紙)

この用紙はサービス利用の都度使用しますので、コピーしてお使いください。

### 【体調等確認シート】

利用者名		記入者名	(続柄 )
利用日または入所日	令和 年 月 日		

#### 【体調等確認】

質 問		回答 (○をつける)
①	37.5 度以上 (または平熱比 1 度超過) の発熱がありますか。	は い ・ いいえ
②	過去 14 日以内に、ご本人に息苦しさや強いだるさの症状はありますか。	は い ・ いいえ
③	過去 14 日以内に、咳・くしゃみ・鼻水・のどの痛みなどの風邪症状はありますか。	は い ・ いいえ
④	味覚障害・嗅覚障害など、新型コロナウイルス感染症の症状がありますか。	は い ・ いいえ
⑤	過去 14 日以内に、同居している方に上記①～④の症状はありますか。	は い ・ いいえ
⑥	過去 14 日以内に、本人または同居している方で感染拡大地域への外出がありますか。	は い ・ いいえ
⑦	新型コロナウイルス感染が疑われる方との接触はありますか。	は い ・ いいえ

(上記質問で、「はい」に1つでも○がある場合は、利用をご遠慮ください。)

#### 【直近 1 週間の行動歴・接触者の確認】 (下記の記入例を参考に記入してください)

	日 付	訪れた場所	接 触 者
当日	月 日 ( )		
1 日前	月 日 ( )		
2 日前	月 日 ( )		
3 日前	月 日 ( )		
4 日前	月 日 ( )		
5 日前	月 日 ( )		
6 日前	月 日 ( )		

(記入例)

当日	12月14日(月)	在宅	家族(妻・息子夫婦・孫)
1 日前	12月13日(日)	〇〇デイサービス	デイサービス職員
2 日前	12月12日(土)	△△病院	医師・看護師

サービス利用時には必ず記入してお持ちください。

記入にご協力いただけない場合、または感染者が確認された地域・施設への出入り、申告内容に故意の偽りがあった場合は、サービス利用をお断りさせていただく場合があります。