健康チェックシート①

	記入日	令和　　年　　月　　日

ご利用者名	様
帰省者の氏名	様（続柄：　　）
帰省者住所	
連絡先（TEL）	
帰省期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日
現在の体温	度　　分

○ ご利用のサービス全てに〇をつけて下さい。

（ショートステイ　しおさいデイサービス　ヘルパー　えがお　ほほえみ
むつみ苑（デイ）　ことひめ　高齢者生活支援センター　他の事業所（　　））

○ 当てはまるものにチェックをして下さい。

1．ご自身(帰省者）は、２週間以内に以下のような症状がありましたか？

□ ない

□ ある　　（あると答えた方は当てはまる症状に〇をして下さい）

（微熱　倦怠感　頭痛　咳　鼻水　吐き気
下痢　眼の充血　味覚異常　臭覚異常
その他（　　））

2．帰省者と同居するご家族は、２週間以内に以下のような症状がありましたか？

□ ない

□ ある　　（あると答えた方は当てはまる症状に〇をして下さい）

（微熱　倦怠感　頭痛　咳　鼻水　吐き気
下痢　眼の充血　味覚異常　臭覚異常
その他（　　））

3．新型コロナウイルス陽性者との接触の可能性（2週間以内）について教えて下さい。

□ 新型コロナウイルス陽性者との接触の可能性はない

□ 新型コロナウイルスの流行地域の方との接触があった（都道府県名：　　）

□ 公共交通機関を利用して帰省した

□ お住いの地域に新型コロナウイルスの感染者がいる

以上です。ご協力ありがとうございました。

なお、この情報につきましては適正に取り扱い、不必要に外部に漏らすことは致しません。

社会福祉法人仁摩福祉会

問い合わせ　　0854－88－9141