

## 面会者健康チェックシート

	記入日	令和	年	月	日
ご利用者名	様				
面会者の氏名	様				
帰省者住所					
連絡先（TEL）					
現在の体温	度		分		

○ ご利用事業所に○をつけて下さい。

特養本館	特養新館	ショートステイ
------	------	---------

○ 当てはまるものにチェックをして下さい。

1. ご自身の最近（2週間程度）の体調を教えてください。

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○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	味を感じにくい	臭いを感じにくい		
その他（ ）					

2. 同居するご家族の最近（2週間程度）の体調を教えてください。

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○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	味を感じにくい	臭いを感じにくい		
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）について教えてください。

新型コロナウイルス陽性者との接触可能性はない。

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： ）

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

特別養護老人ホームしおさい