障害者生活支援センター新型コロナウイルス感染拡大予防のための質問項目

このチェックリストは、新型コロナウイルス感染拡大防止を目的とし、安全に施設を利用していただくため、利用前に提出をお願いします。提出がない場合やチェックがない場合には利用の中止をお願いすることがあります。このチェックリストは目的以外には使用しません。適切に管理し、2か月後に廃棄します。

1．本日のご体調について

・せき・のどの痛みなど風邪の症状が　（　ある　・　ない　）

・体のだるさ、息苦しさが　（　ある　・　ない　）

・発熱（37.5℃以上）の症状が　（　ある　・　ない　）

・その他新型コロナウイルス感染症が疑われる症状

（嗅覚、味覚の異常、体が重く感じる等）が　（　ある　・　ない　）

2．最近の周囲の方についてお伺いいたします。

・新型コロナウイルス感染症陽性とされた人との濃厚接触が　（　ある　・　ない　）

・同居家族や身近な知人に新型コロナウイルスの感染が疑われる人が（　いる　・　いない　）

・過去 14 日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、地域への渡航または当該在住者との濃厚接触が　（　ある　・　ない　）

3．その他

・感染が判明した場合、感染拡大防止のために保健所等の公的機関に氏名、チェックリストの内容等の情報を提供することがあることに同意を（します・しません）

日付　　月　　日　お名前：　　（体温：　　℃）