

面会時チェックシート

来 設 日 時	月 日	午前・午後 付	時 分 受 付
利 用 者 氏 名	面 会 者 氏 名		続 柄
新型コロナワクチン接種	有 (回接種済) ・ 無		体温 °C

	質 問	回 答	
1	2週間以内に、新型コロナウイルス感染症発症者、または疑わしい症状がある人と一緒にいた	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	2週間以内に、3密(換気の悪い密閉空間、多くの人の密集する場所、近距離でのマスクなしでの密接な会話)の機会があった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	37.5°C以上である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	風邪のような症状(だるさ・のどの痛み・せき・たん・くしゃみが出る)がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	においや味を感じにくい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	吐気・嘔吐・下痢・腹痛などの症状がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

上記の項目に1つでも当てはまる（「はい」と回答の）場合、面会は出来かねますのでご了承ください。

面会後、新型コロナウイルス感染症インフルエンザなどの感染症を発症もしくは感染していたことが明らかになった際は施設までご連絡をお願いいたします。