

別紙

## 面会者（同居人含む）健康チェックシート

面会日：令和2年 月 日（ ）

時間： 時 分 ～ 時 分

利用者氏名： \_\_\_\_\_

ご家族氏名： \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

※以下の項目に一つでも該当する場合は職員へお知らせください。

- 過去4日以内に発熱や風邪症状などがあった。
- 過去1週間以内に嘔吐があった。
- だるさがある。
- 気持ち悪い・吐き気がある。
- のどが痛い。
- 下痢をしている。
- くしゃみ鼻水がある。
- 一か月以内に始まった咳がある。
- 一か月以内に始まった嗅覚障害がある。
- 一か月以内に始まった味覚障害がある。
- 同居している人が上記の症状が1つでもある。