

## 百里サンハウス面会者健康チェック兼面会同意書

※面会当日は、ワクチン接種証明書の提示をお願いします。提示がない場合面会を控えて頂きます。

※必ず、お電話にて1週間前より事前予約をお願い致します。予約後、当日まで検温・記入をお願い致します。

※今後の状況によって変更・中止の場合がございます。1家族15分、2名までとさせていただきます。

基本情報	利用者氏名	様		
	家族氏名	様 続柄( )	家族氏名	様 続柄( )
	住 所			住 所
	電話番号			電話番号
測定日	起床後体温	症状(咳、のどの痛み、風邪症状、息苦しさ、倦怠感、熱発、嗅覚・味覚の異常)	起床後体温	症状(咳、のどの痛み、風邪症状、息苦しさ、倦怠感、熱発、嗅覚・味覚の異常)
月 日( )	℃	あり ・ なし	℃	あり ・ なし
月 日( )	℃	あり ・ なし	℃	あり ・ なし
月 日( )	℃	あり ・ なし	℃	あり ・ なし
月 日( )	℃	あり ・ なし	℃	あり ・ なし
月 日( )	℃	あり ・ なし	℃	あり ・ なし
月 日( )	℃	あり ・ なし	℃	あり ・ なし
月 日( )	℃	あり ・ なし	℃	あり ・ なし
※面会当日	℃	あり ・ なし	℃	あり ・ なし

百里サンハウス面会予定日当日に以下の有無の上「はい・いいえ」どちらかを○で囲んでください。「はい」が1項目でもあった場合は面会を控えてください。

平熱を超える熱発(37.5℃以上)がある。	はい ・ いいえ
咳、のどの痛み等、風邪の症状がある。	はい ・ いいえ
だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がある。	はい ・ いいえ
嗅覚や味覚の異常がある。	はい ・ いいえ
体が重く感じる。疲れやすい症状がある。	はい ・ いいえ
過去14日以内に、新型コロナウイルス感染陽性とされる者との接触があった。	はい ・ いいえ
過去14日以内に、同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいた。	はい ・ いいえ
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、地域への渡航又は帰航した人との接触があった。	はい ・ いいえ

### 面会同意

運営方針を理解の上、面会されることに同意します。また、面会后2週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、当施設に速やかに濃厚接触者の有無を報告します。

家族氏名： \_\_\_\_\_ 印

本チェックシートは、新型コロナウイルス感染症拡大防止、予防のため、面会者の健康状態を確認することを目的としています。

個人情報については、面会の可否の判断及び必要な連絡のためにのみ使用します。また、個人情報保護法の法令において認められる場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に提供することはありません。ただし、当施設において感染の疑いがある方が判明した場合には、必要な範囲内で保健所や行政に提供する場合があります。感染症対策を行い運営をさせていただきますが、100%の感染防止を約束することは難しいと思われまます。万が一新型コロナウイルス感染症に感染をした場合でも、当施設で責任を負うことは出来ない点をご了承ください。