

2022.6 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致します。提示がない場合面会を控えて頂きます。

※必ず、お電話にて5日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。

※必ず、マスク着用、手指消毒をお願い致します。面会前に、事務所で検温と同意書の確認をさせていただきます。

※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 |
| ※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 |
| 大人数、集団となる場所やイベントに参加された。 | 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。