面会チェックシート（例）

|  |  |
| --- | --- |
| 入居者氏名 |  |
| 受付時間 | 令和　　年　　月　　日　　時　　分 |
| 退出時間 | 令和　　年　　月　　日　　時　　分 |
| 面会者の情報 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 体温 | 　　　　　度 |
| ワクチン接種PCR検査 | いずれかの□にチェックしてください。□２回目のワクチン接種から14日以上経過□陰性証明（PCR検査（検体採取日＋３日）） |
| 質問事項 | 回答 |
| 1. 感染症が疑われる症状（のどの痛み、咳、倦怠感、下痢、嗅覚・味覚障害等）がありますか。
 | はい | いいえ |
| 1. 濃厚接触者ですか。
 | はい | いいえ |
| 1. 同居家族に発熱等感染症が疑われる症状はありますか。
 | はい | いいえ |
| 1. 過去２週間以内に感染者、感染の疑いがある者との接触がありますか。
 | はい | いいえ |
| 1. 過去２週間以内に発熱等の感染症が疑わる症状はありますか。
 | はい | いいえ |
| 1. 過去２週間以内に、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、地域等への渡航歴はありますか。
 | はい | いいえ |

【依頼事項（施設担当者が実施後チェック）】

* 連絡のお願いの書面（面会後一定期間（少なくとも２日）以内に発症又は

感染した場合の施設への連絡依頼）を手交した。