（別紙）　　　　　　　　　　　　　　　　この用紙はサービス利用の都度利用しますので、コピーしてお使いください。

【体調等確認シート】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者名 |  | 記入者名 | 　　　　　　　　　　続柄（　　　） |
| 利用日または入所日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

【体調等確認】

|  |  |
| --- | --- |
| 質　　問 | 回答（〇をつける） |
|  | 37.5度以上（または平熱比1度超過）の発熱がありますか。 | はい　・　いいえ |
|  | 過去14日以内に、ご本人に息苦しさや強いだるさの症状はありますか。 | はい　・　いいえ |
|  | 過去14日以内に、咳・くしゃみ・鼻水・喉の痛みなどの風邪症状はありますか。 | はい　・　いいえ |
|  | 味覚障害・嗅覚障害の症状はありますか。 | はい　・　いいえ |
|  | 過去14日以内に、同居している方に上記①～④の症状はありますか。 | はい　・　いいえ |
|  | 過去14日以内に、本人または同居している方で感染拡大地域への外出はありますか。 | はい　・　いいえ |
|  | 過去14日以内に、新型コロナウイルス感染が疑われる方との接触はありますか。 | はい　・　いいえ |

（上記質問で、「はい」に1つでも〇がある場合は、利用をご遠慮ください）

【直近1週間の発熱・行動歴・接触者の確認】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 日付 | 熱 | 訪れた場所 | 接触者 |
| 当日 | 　　月　　　日（　　） |  |  |  |
| 1日前 | 　　月　　　日（　　） |  |  |  |
| 2日前 | 　　月　　　日（　　） |  |  |  |
| 3日前 | 　　月　　　日（　　） |  |  |  |
| 4日前 | 　　月　　　日（　　） |  |  |  |
| 5日前 | 　　月　　　日（　　） |  |  |  |
| 6日前 | 　　月　　　日（　　） |  |  |  |

**サービス利用時には必ず記入してお持ちください。**

**記入にご協力いただけない場合、または感染者が確認された地域・施設への出入り、申告内容に故意の偽りがあった場合には、サービス利用をお断りさせていただく場合がございます。**

〒639-1136　大和郡山市本庄町1番地の5

介護老人保健施設　ピュアネス藍

　施設長　　野中　家久

　副施設長　塩崎　　裕