

面会における健康チェックシートご記入のお願い

所沢ロイヤルの丘

下記の事項についてお伺いいたしますので、ご協力ください。

面会者健康チェックシート

日 時	令和 年 月 日	曜日	時 分
利用者氏名		利用階に○	2 3 4 5 6 階
面会者氏名		続 柄	
体 温	°C	連絡先電話番号	

☆ 新型コロナワクチンの接種状況について

1 回目の接種	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	接種年月 ※ありに☑の方	①令和 年 月
2 回目の接種	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		②令和 年 月
3 回目の接種	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		③令和 年 月
4 回目の接種	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		④令和 年 月

☆ ここ2週間の体調について（ありの場合症状記載）

1. 37.0℃以上の熱がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()
2. 頭痛がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()
3. 咳・のどの痛みがある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()
4. くしゃみ・鼻水・痰が出る	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()
5. 息苦しさや倦怠感がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()
6. 味覚・嗅覚に違和感がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()
7. 嘔気・嘔吐・下痢がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()
8. その他の症状		()

☆ 接触・行動歴について

1. 同居している人に上記の症状がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2. 上記の症状がある人との濃厚接触がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3. 過去2週間以内に海外渡航歴または帰国した人との濃厚接触がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4. 過去2週間以内に大勢が集まる集会やイベントに参加したことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5. 過去2週間内に感染者、感染疑いがある人との接触がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

ありがとうございました。

※ 面会後に上記の症状または新型コロナウイルス感染等がありましたら速やかにご連絡ください。

※ 本健康チェックシートにご記入いただいた個人情報について、個人情報保護法などの法令において認められる場合を除き、ご本人の同意を得ずに第3者に提供いたしません。

ただし、感染症又はその疑いがある方が発見された場合、必要な範囲で保健所等に提出致します。

2022.7版