

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	～	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	℃	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（最終接種日をご記入ください。）

回数	回目	接種年月	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	☐ なし ☐ あり	()
2. 頭痛がある	☐ なし ☐ あり	()
3. 咳・のどの痛み等の症状がある	☐ なし ☐ あり	()
4. 同居している人に上記の症状がある	☐ はい ☐ 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。