

小川原湖青年の家利用チェックリスト

| | |
|-------|------------------------|
| 団体名 | |
| 代表者名 | |
| 連絡先 | |
| 利用年月日 | 令和 年 月 日 () ~ 月 日 () |

チェックリスト (入所前に全員に確認し、□に✓してください)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 体調不良の症状がある者はいない (風邪・発熱・咳・のどの痛みなどの症状) |
| <input type="checkbox"/> | 嗅覚や味覚の異常がある者はいない |
| <input type="checkbox"/> | 入所日前5日以内に平熱を超える発熱があった者はいない |
| <input type="checkbox"/> | 入所日前5日以内に咳、のどの痛みなど風邪の症状があった者はいない |
| <input type="checkbox"/> | 入所日前5日以内及び当日にだるさ (倦怠感)、息苦しさ (呼吸困難)、身体が重く感じる、普段より疲れやすいなどの症状がある (あった) 者はいない |
| <input type="checkbox"/> | 新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触があった者はいない |
| <input type="checkbox"/> | 同居家族や身近な知人に新型コロナウイルスの感染が疑われる者はいない |

このチェックリストは、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため必要となりますので、ご利用前に青年の家職員へご提出くださるようお願いいたします。

なお、今回頂いた情報は、感染予防及び当施設において感染者が発生した場合の症状の確認や保健所等の公的機関との連絡のみに使用し、それ以外のことに使用することはありません。

※以上のチェック項目を遵守し、新型コロナウイルス感染防止に努めます。

利用代表者署名
