

感染拡大防止チェックシート

(利用者・利用者団体代表者→施設へ提出)

1 利用月日・時間 _____ 月 _____ 日 (_____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分)

2 利用場所 _____

3 利用者 (団体代表者) 情報 (利用団体名 _____)

No.	利用者名 (団体代表者名)	住所	連絡先電話番号
1			
2			

※ 団体利用の場合は、連絡がつく2名の記載をお願いします。

4 利用者全員に確認してください (実施した事項の□にレ点してください。)

- 発熱や軽度であっても咳・咽頭 (いんとう) 痛などの症状のある人の辞退の呼び掛け
- マスクの準備、着用
- 過去14日以内に、以下の事項に該当がないこと
 - ・ 平熱を超える発熱
 - ・ 咳 (せき)、のどの痛みなど風邪の症状
 - ・ だるさ (倦怠 (けんたい) 感)、息苦しさ (呼吸困難)
 - ・ 嗅覚や味覚の異常
 - ・ 体が重く感じる、疲れやすい等
 - ・ 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触
 - ・ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる
 - ・ 過去14日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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触
- 当日の利用者全員の氏名と連絡先の把握・保管
別紙「当日利用者名簿」を参照

5 利用者数 _____ 人