

新型コロナウイルス感染症拡大防止のためのチェックシート

※専門職指導前に必ず確認を行い、感染拡大防止にご協力ください。

確認日 年 月 日

利用者氏名	
-------	--

★全ての参加者に、下記にあてはまる方がいないか確認をお願いします。

	本人・同居者	ケアマネ	参加者
氏名			
1. 体調不良の方がいない (37.5度以上の発熱、風邪症状がある等)			
2. 身近に陽性者がいない(濃厚接触者ではない)			
3. ※過去1週間以内に、発熱や風邪の症状がない			
4. ※過去1週間以内に、島外・県外・外国へ訪問			
※本人を含めて訪問者がいる場合には確認事項があります。 【本人:ワクチン接種状況 訪問者:PCR検査の有無(結果含む)、ワクチン接種状況】			

※過去1週間:オミクロン株の特性を踏まえ、厚労省の対応(R4/2/2~)に準じて変更。

◎ 上記3項目の確認が完了しない場合は、専門職指導の実施について改めて検討させていただきます。

☆申し込み後のお願い☆

- 各自、体調管理をお願いします。
- 体調不良や島外に訪問することがあれば、早めに相談をお願いします。

- 収集した個人情報は、目的達成のために利用し、法令に基づく場合または本人の同意がある場合を除き、他に利用及び提供することはありません。
- 参加者に陽性者や濃厚接触者が出た場合には速やかに担当までご連絡ください。