

健康チェックシート

入室時の体温 (°C)	
今日の体調について	
● 解熱剤は飲んでいますか？	はい・いいえ
● 咳の症状がありますか？	はい・いいえ
● 鼻水の症状がありますか？	はい・いいえ
● 強いだるさ(倦怠感)や息苦しさはありますか？	はい・いいえ
● 胸部の不快感はありますか？	はい・いいえ
● 味覚・嗅覚障害はありますか？	はい・いいえ
● その他新型コロナウイルス感染可能性のある症状はありますか？	はい・いいえ
過去の体調について	
● 過去 14 日間、体調不良はありましたか？	はい・いいえ
● 過去 14 日間、新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生した場所を訪れていますか？	はい・いいえ
● 過去 7 日間、インフルエンザ・ノロウイルス等にかかっていますか？	はい・いいえ
● 過去 2 か月間、海外への渡航はありますか？	はい・いいえ
● 過去 2 か月間、海外渡航者との濃厚接触はありますか？	はい・いいえ
● ご家族、友人に、現在新型コロナウイルスの経過観察中の方はいますか？	はい・いいえ

新型コロナウイルス対策に関する同意書

私は、新型コロナウイルス感染症に関して、上記の項目の回答には誤りがないことを確認し、同意の上施術を受けます。また、万が一、ケアルーム利用のクライアントの中に感染が確認された場合、調査機関へ情報開示をすることに同意します。

_____年 月 日

ご署名 _____