

✓新型コロナウイルス感染防止のため、チェックをお願いします。

令和_____年_____月_____日
_____時_____分



■ 感染防止対策 チェックシート ■



- 過去 14 日以内で、発熱・風邪の症状、嗅覚や味覚障害の症状はありません。
- 過去 14 日以内で、だるさや息苦しさはありません。
- 過去 14 日以内で、自身と同居している者に上記症状はありません。
- マスクを着用し、咳エチケットを徹底してください。(マスクなしでの利用参加は不可)
- 利用前や利用後の手洗い・手指消毒を徹底してください。
- 利用中も、三密を避け、自身で感染予防に取り組んでください。
- 利用者の中に 1 及び 2 の症状が出た場合、当施設へ連絡し、県の感染対策の調査や措置にご協力ください。

現在の体温の測定ならびに症状の有無の確認をします。

現在の体温 [_____] 症状の有無 [無 ・ 有]

団体名 ・ 参加利用者名 [_____]

利用室名全て (部屋名、体育館、など) [_____]

ご連絡先 (携帯、等) [_____]

※新型コロナウイルス感染症の疑いが生じた場合のみ使用いたします。

熊本県聴覚障害者情報提供センター