

(No. _____)

セルフチェックシート

ご記入日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

チェックシート記入時間 AM _____ PM _____ :

代表者名 _____

ご利用者合計人数 _____ 人

【受付時】

- ・ 体調に異常はありませんか？
 ありません あります(下記の該当する症状を○で囲む)

(熱がある・悪寒や寒気がする・咳が出る・息苦しい・だるい・頭が痛い・嗅覚や味覚に異常がある)
- ・ 同居家族や身近な知人に新型コロナウイルス感染症への感染が疑われる方がいますか？
 はい いいえ
- ・ 受付時に手指の消毒をしましたか？
 はい いいえ
- ・ マスクは装着していますか？
 はい いいえ

● ご記入が終わりましたら担当者にお渡しください。

※ 万が一、当施設にて新型コロナウイルス感染の疑いがあった場合、一切の責任を負いかねます。
ご理解・ご了承の上、ご利用をお願いいたします。

【基本的な感染防止対策】

- ◆ 「三つの密」を徹底的に避ける
- ◆ 手指の消毒、マスクの着用
- ◆ 換気及び人と人との距離（2 mを目安）を適切にとる