

新型コロナウイルス感染症対策チェックリスト

利用者(代表) _____ 利用日 令和 年 月 日 (曜日)

電話番号 _____ 利用時間 _____ ~ _____

利用場所 _____

参加人数 _____

施設での感染者が発生した場合に保健所に連絡できる様 1ヵ月 保管お願いします。

	チェック項目	チェック欄
1	当日の体温が37.5° 以上ではない	
2	利用前2週間において以下の事項有無	
	a 平熱を超える発熱がない	
	b 咳(せき) のどの痛みなど風邪の症状がない	
	c だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がない	
	d 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がない	
	e 同居家族や身近な知人に感染症が疑われる方がいない	
3	マスクを持参しているか	
4	手指消毒は徹底していたか	
5	人と人の間隔を十分に確保できたか	
6	換気は行ったか	
7	施設の消毒、清掃は行ったか	

