

子育て支援センターの利用に関するチェックシート

①利用当日の確認事(確認したら「✓」チェックしてください。)

1	体調が悪くない(発熱、咳などの症状はないか)	<input type="checkbox"/>
2	過去14日以内に、体調の異常がない (例:発熱、咳、咽頭痛、味覚・嗅覚障害、だるさ、息苦しさなどの症状)	<input type="checkbox"/>
3	同居家族に体調が悪い人がいない (例:発熱、咳、咽頭痛、味覚・嗅覚障害、だるさ、息苦しさなどの症状)	<input type="checkbox"/>
4	同居家族や身近な知人に感染が疑われる者がいない	<input type="checkbox"/>
5	新型コロナウイルス感染症陽性者とされた者との濃厚接触がない	<input type="checkbox"/>
6	過去14日以内に、ご自身やお子さん、同居の方が感染拡大地域に行っていない	<input type="checkbox"/>
7	当施設において新型コロナウイルス感染者の利用が確認された場合には、必要に応じて利用者の氏名、連絡先など関係機関へ情報提供を行うことを了解します	<input type="checkbox"/>
8	ご利用後14日以内に本人もしくはその家族などが新型コロナウイルス感染症の疑いのためPCR検査を行った場合には、その結果を含めて、施設管理者まで速やかに報告します	<input type="checkbox"/>

※ ここ最近のうちで他県を往来された方(他県を往来した方との接触を含む)は職員までご相談ください。

自宅での体温: 保護者 °C 子ども °C

利用者氏名 _____