

## 新型コロナウイルス感染症 感染拡大防止チェックシート

利用日時	月      日	2022 タウンミーティング	
氏名		体温                      °C	来場時に 検温します
事業所名		電話番号	

以下に該当する方は、ご利用をお断りいたします。

NPO法人大田区介護支援専門員連絡会

1. 発熱や、せきなどの風邪症状はありませんか                      (    ある ・ なし    )
2. 過去2日以内に、体調不良(発熱や風邪の症状)で病院                      (    している ・ していない    )  
受診や服薬等はしていませんか
3. 過去5日間以内に、濃厚接触者に該当されたことはありませんか                      (    ある ・ なし    )
4. ご家族で現在、体調の悪い方はいらっしゃいますか                      (    いる ・ いない    )

※施設内マスク着用、手指消毒に、ご協力をお願いします。