

面会・訪問者健康チェックシート

訪 問 日 年 月 日 氏 名

※ 過去 2 週間以内の状況についてご記入ください。

確 認 項 目	回 答
県外に居住・滞在・勤務・往来はありましたか。	はい ・ いいえ
感染者、感染の疑いのある者、濃厚接触者との接触はありましたか。	はい ・ いいえ
37.5 以上の発熱がありましたか。	はい ・ いいえ
健康状態に異常がありましたか。 (頭痛、咳、喉の痛み、息苦しい、だるい、鼻水、鼻づまり、匂い・味がしない などの疑わしい症状)	はい ・ いいえ
面会・訪問当日の検温	。
ワクチン接種は受けましたか ※ 未記入でも可です	はい ・ いいえ 回

注 1) ワクチンに関する確認項目以外に「はい」があるときは施設内に入ることができない場合があります。

注 2) 面会については、「はい」があってもオンライン等による施設外での面会は可能です。

確認者印

新型コロナウイルス感染防止のため、ご理解とご協力をお願いいたします。

面会・訪問者健康チェックシート

訪 問 日 年 月 日 氏 名

※ 過去 2 週間以内の状況についてご記入ください。

確 認 項 目	回 答
県外に居住、滞在、勤務、往来はありましたか。	はい ・ いいえ
感染者、感染の疑いのある者、濃厚接触者との接触はありましたか。	はい ・ いいえ
37.5 以上の発熱がありましたか。	はい ・ いいえ
健康状態に異常がありましたか。 (頭痛、咳、喉の痛み、息苦しい、だるい、鼻水、鼻づまり、匂い・味がしない などの疑わしい症状)	はい ・ いいえ
面会・訪問当日の検温	。
ワクチン接種は受けましたか ※ 未記入でも可です	はい ・ いいえ 回

注 1) ワクチンに関する確認項目以外に「はい」があるときは施設内に入ることができない場合があります。

注 2) 面会については、「はい」があってもオンライン等による施設外での面会は可能です。

確認者印

新型コロナウイルス感染防止のため、ご理解とご協力をお願いいたします。