

入館チェックリスト(居宅介護支援事業所・ご親族入館時用)

入館の際には毎回ご記入提出をお願いします。

入館日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ : _____ ~ _____ : _____

入館者： 所属 _____ 氏名 _____

所属 _____ 氏名 _____

緊急時の連絡先 _____

下記チェックリストにチェックをお願いします。

① ～⑨すべてにチェック及び症状がない方のみ面会可能です。

① 現在福山市で蔓延防止措置または緊急事態宣言それに類する発令がされていない

② コロナウイルスワクチン接種2回目終了後2週間経過しました。もしくは3日以内のPCR検査の陰性証明がある。

③ ワクチン接種済の証明を持参しています。もしくは陰性証明を持参している。

④ 各県のコロナウイルス感染指数でステージ2になっていない及びステージ2の地域への往来をしていない、もしくは往来後2週間

⑤ まんえん防止措置・緊急事態宣言地域への往来のある方と接触していない、もしくは接触後2週間経過している。

⑥ 広島県内でインフルエンザ警報その他、感染予防に類するものが発令されていない。

⑦ 事前に面会の予約をしています。

⑧ 面会人数は2人以内です。

⑨ 面会中の飲食は実施しません。

ここ2週間で下記にあてはまる体調不良がある方は立ち入りをお断りします。

発熱 のどの痛み せき・たん 鼻水・鼻づまり 強いだるさ

息苦しさ 味がしない・においがしない 吐き気、嘔吐、下痢

同居の方に上記（発熱～吐き気、嘔吐、下痢）の症状がある方がいます。

家族や身近な人が、新型コロナウイルス感染症やその濃厚接触者に該当します。

面会后3日以内にコロナウイルスへの罹患をされた場合直ちに、宏正会への連絡をお願いします。