

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 \_\_\_\_\_

下記チェックリストにチェックをお願いします。

①～⑥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。

③  ワクチン接種済の証明を持参しています。

④  まんえん防止措置・緊急事態宣言地域（福山市及び隣接市町村以外）への往来をしていない、もしくは往来後2週間経過している。

⑤  まんえん防止措置・緊急事態宣言地域（福山市及び隣接市町村以外）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  事前に面会の予約をしています。

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。