

新型コロナウイルス感染防止対策における確認書

宮城県蔵王自然の家

この度は本所をご利用いただきありがとうございます。

さて、標記の件について、本所では「新型コロナウイルス感染防止ガイドライン」に沿って、利用の受け入れを行っております。利用される皆様には本所の対応についてご理解・ご協力をいただき、下記のチェックリストの確認をお願いいたします。

<施設利用における留意事項> ↓すべての項目にチェック☑をお願いします

- 入所日より14日前から利用者全員の健康観察を行い、発熱（37.5℃以上）や咳等の風邪症状、倦怠感、味覚・嗅覚の異常等がないことを確認する。
- 活動中は、本所の「新型コロナウイルス感染防止ガイドライン」に沿って、マスクの着用（熱中症の危険性がある場合を除く）やこまめな石けんでの手洗い・手指消毒・換気等、感染防止に努める。
- 活動中に体調不良者が出た場合、所員へ報告する。本人を第2保健室等に移動させ、必要に応じて所員の指示のもと医療機関を受診する。
- 退所後、利用者が新型コロナウイルス感染症に罹患した場合、すみやかに所へ連絡する。

【宿泊する方のみ】

- 滞在中は毎朝全員の検温及び健康状態を確認する。
- 食堂のテーブル・浴室のドアノブやロッカー・その他貸出物品の消毒に努める。
(主催事業参加者を除く)

上記の施設利用における留意事項の内容を確認しました。

令和 年 月 日 (入所日)

団体名： _____

代表者名 (直筆)： _____

※各自で検温・健康チェックされている方は裏の利用事前健康観察カードに記入する必要はありません。この確認書のみチェックをつけてご提出ください。

利用事前健康観察カード

利用日 月 日 () ~ 月 日 ()

団体名 _____

- 【症状】 1. 37.5℃以上の発熱 2. 平熱+1℃以上の発熱
 3. 息苦しさ 4. 倦怠感 5. 腹痛 6. 吐き気
 7. 咳・咽頭痛などのかぜ症状 8. 味覚・嗅覚の異常

入所日より2週間前から右記の症状があった場合、
 受診結果によっては本所の利用をお控えください。

氏名 日付					
	発熱及び体調不良 ※症状があれば、番号を () にご記入ください				
／ () 2週間前	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()
／ ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()
／ ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()
／ ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()
／ ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()
／ ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()
／ () 1週間前	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()
／ ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()
／ ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()
／ ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()
／ ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()
／ ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()
／ ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()
／ () 当日	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()