

【瀬戸市子育て支援施設利用者 健康チェック票】

令和 4年 月 日

ご利用日の10日前から当日の間に、チェック項目の症状・行動歴を認める場合は、利用をご遠慮していただく場合がございます。また、新型コロナウイルスやインフルエンザ等が原因で閉鎖中の学校や学級に在籍中のお子さまにつきましても、当施設の利用をお控えいただきますようよろしくお願いいたします。

新型コロナウイルス感染症対策のためご協力をお願いいたします。

	質 問	お答えください
1	本日の利用施設に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 ①交通児童遊園 (□サロン・□交通コース・□その他) ②せとっ子ファミリー交流館 (□サロン・□児童室・□サークル・□ファミサポ・□その他) ③プレイルーム (□サロン・□その他)	
2	本日、全員の体調は良いですか	は い ・ いいえ
3	本日のご利用者の中に、 <u>10日前から本日までに</u> おひとりでも次の項目に該当する方がみえる場合は、 <u>「あり」に<input checked="" type="checkbox"/>を入れてください。</u> ・ 平熱を超える発熱 ・ 咳やのどの痛み ・ だるさ、倦怠感、息苦しさ ・ 臭覚や味覚の異常 ・ 新型コロナウイルス感染症の陽性者との濃厚接触 ・ 家族や周囲の方に感染が疑われる人 ・ 入国制限のある国からの来訪者との接触	□なし ・ □あり (いつ) □なし ・ □あり (いつ) □なし ・ □あり (いつ) □なし ・ □あり (いつ) □なし ・ □あり □なし ・ □あり □なし ・ □あり

下記の文章をお読みいただき、を入れてください。

内容に間違いはありません。

利用後、新型コロナウイルス感染症の陽性又は濃厚接触者となった場合は連絡を入れます。

①代表者署名： _____ TEL: _____ 町名：瀬戸市

②同伴者氏名： _____ ③同伴者氏名： _____

④同伴者氏名： _____ ⑤同伴者氏名： _____

*このチェック票は、感染の疑いがある方が発生した場合、個人情報適切に取り扱うことを前提に、保健所等の公的機関へ提供することをご了承ください。