

## 衛生管理指針に基づく健康チェックシート記入のお願い

施設を利用される全員の方について 下記の質問項目にご回答ください。

### ◆本日の体調についてお伺いいたします

・咳、痰、または胸部に不快感のありますか

いいえ はい 本日の体温 \_\_\_\_\_ 度

・強いだるさ（倦怠感）や息苦しさがありますか

いいえ はい

・嗅覚・味覚に異常を感じる方

いいえ はい

### ◆ご利用日以前 14 日間において以下の事項に該当しますか？

該当するものにチェックを入れてください

37.5° 以上の発熱がある

日本国外への渡航歴がある

新型コロナウイルスに罹患後、陰性確認による退院（回復）から  
14 日以上経過していない

自分自身も含め、同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる

### ◆以下に同意いただけますか

・弊社スタッフに新型コロナウイルス感染が発生した場合は、感染したスタッフの接触者について静岡県帰国者・接触者相談センターに情報提供します。お客様の情報についても、上記相談センターに情報提供することがあります。

・お帰りの後 2 週間以内にお客様ご自身の感染が判明した場合のご連絡について。  
お客様が帰られた後、2 週間以内に新型コロナウイルスに感染していることが判明した場合は速やかに当店までお知らせ下さい。

同意します  同意しません

上記すべて了解いたしました 2020年     月     日

署名 \_\_\_\_\_