

新型コロナウイルス感染拡大防止のための確認シート

この確認シートは、施設の利用に際し新型コロナウイルスの感染拡大を防止するため、皆様の健康状態と施設の利用方法についてご確認いただくものです。記載内容によってはご利用をご遠慮いただく場合がございます。

感染拡大防止にご理解・ご協力いただきますようお願いいたします。

利用日時	令和 年 月 日 午前 ・ 午後 時～
利用者番号	
氏名	保護者 子
電話番号	

項 目	確認
1. 健康状態について	
本日の体温は何℃ですか (37.5℃以上、または平熱比 1℃超の場合は利用できません) ※書ききれない場合は欄外にご記入ください	保護者 . ℃ 子 . ℃ 子 . ℃
せき、喉の痛み、倦怠感等風邪症状もなく、特に具合の悪いところはありません。 ※花粉症等アレルギー症状の場合こちらに○を ()	保護者 はい・いいえ 子 はい・いいえ 子 はい・いいえ
2. ご家庭の状況について	
利用する本人または子が、陽性者または濃厚接触者の自宅待機期間中ではありません。	はい . いいえ
同居している家族等が、陽性者または濃厚接触者の自宅待機期間中ではありません。	はい . いいえ
【お子さんの所属先がある場合のみご回答ください】 利用する子の在園クラスが、感染症対策のためのクラス閉鎖等の対象になっていません。	はい . いいえ
3. 利用について	
マスクを着用しています(2歳未満の子どもにマスクは不要)。	はい . いいえ
入室時に手洗またはアルコール消毒をします。	はい . いいえ
咳やくしゃみをするときは、必ずマスクやティッシュで口と鼻を覆います。	はい . いいえ
他の利用者との一定の距離を保ちマスクを取って会話はしません。	はい . いいえ
使用したおもちゃによだれがついた・咳やくしゃみがかかった場合は、そのまま戻さず職員に渡す等他の利用者との共有はしません。	はい . いいえ
室内での飲食はしません(授乳・熱中症予防のための水分補給を除く)。	はい . いいえ

※感染者が発生した場合、上記の個人情報を保健所等の公的機関に情報提供する場合がありますので、
あらかじめご了承ください。ご協力ありがとうございました。

市川市役所こども家庭支援課 047-711-0677