

ご家族様 ご面会・受診同行時等の届出書

来訪日時 令和 年 月 日 ( ) : ~ :

利用事業所名 グループホームとものいえ 入居者氏名

来訪代表者氏名 連絡先電話番号

		家族等1	家族等2	家族等3
氏名				
続柄				
症状 は あ る か	体温(℃)	℃	℃	℃
	息苦しさ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	咳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	倦怠感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	味覚異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他			
お会いする 2 週間前に さかのぼって新型コロナ 感染を疑うような症状 があったか、あれば詳しく 書いてください		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
お会いする 2 週間前に さかのぼって県内外に 滞在したか、県内外から 来た方とお会いする機 会があったか、あれば時 期・市町村など詳しく書 いてください		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ご家族、行動周辺関係者 の感染状況(感染・濃厚 接触者がいた、近い地域 でクラスターが起こった 等)があれば詳しく書い てください		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

※感染者が発生した場合には積極的疫学調査への協力をお願いします。