

おためし移住施設利用者体調等確認票

令和 年 月 日

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、施設の利用にあたり下記事項についてご回答願います。

記

住 所

TEL

No.	氏 名	年 齢	体 温	備 考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

【確認事項】 利用前2週間における以下の事項の有無を確認してください。

有 無

- 平熱を超える発熱
- 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状
- だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難）
- 嗅覚や味覚の異常
- 体が重く感じる、疲れやすい等
- 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無
- 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合
- 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合

※記載していただいた個人情報は、新型コロナウイルス感染症拡大防止以外の目的には使用いたしません。また、取得した個人情報は紛失や漏洩など発生しないよう安全対策を実施いたします。