新型コロナウイルス感染症対策のため、以下のご質問にあらかじめ記入いただき、ショートステイ当日に持参してください。

利用者名（　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日　　　　年　　　月　　　日

１．①ショートステイ利用前1週間の体調、外出についてご記入ください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | / | / | / | / | / | / | / | SS当日 |
| 体温 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 咳・鼻汁（〇・×） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所（施設名） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 学校（学校名） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通院（病院名） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 外出（行先） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 自宅 |  |  |  |  |  |  |  |  |

②1か月以内の県外への外出　　　　　　なし・あり（行先　　　　　　　　　　　　　　）

２．アレルギーの有無

①アレルギー性鼻炎　なし・あり　【治療】　なし・あり（内容：　　　　　　　　　）　【症状】 なし・あり（　　　　　　　　　　　　）

②気管支喘息　なし・あり　　　　【治療】　なし・あり（内容：　　　　　　　　　）　【症状】　 なし・あり（　　　　　　　　　　　　）

＊アレルギーによる症状であったとしても、咳・鼻汁が著しい場合はショートステイを中止し帰宅してもらう場合があります

３．平熱（　　　　　度）

体温調節障害　　　なし・あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　）

＊こもり熱がある場合も、通常のクーリング等を施行しても解熱しない場合はショートステイを中止し帰宅してもらう場合があります

４．1週間以内に同居者に体調不良（微熱・倦怠感・咳・鼻汁等）の方はいらっしゃいますか？　　　 なし・あり（　　　　　　　　　　　　）

　　1ヶ月以内に普段、本人と接触する方が県外の移動や海外渡航歴はありませんか？　　　　　　 なし・あり（　　　　　　　　　　　　）

５．緊急連絡先　日中及び夜間に必ず連絡が取れる連絡先を記入ください

　　①（　　　　　　）　　－　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　）

　　②（　　　　　　）　　－　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　）