

家族等の県内外往来に伴うご利用毎の届出書(利用者)

利用日 令和 年 月 日 ()

届出者 ご利用事業所名 _____

利用者氏名 _____

利用者ご家族氏名 _____

		利用者本人	家族等1	家族等2	家族等3
続柄		本人			
症状はありますか	熱発(℃)	℃	℃	℃	℃
	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	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他				

1. 往来家族等との接触期間中のご利用前に、自宅等での状況を記入してください。
2. ご利用時の朝に「皆さま気になる症状は出ていませんか」等、確認のお電話をします。
3. ご利用日当日に、その日の分を記入して、ご利用していない日とあわせてご持参ください。
4. 枠の人数が足りないときは、線を入れる等工夫してください。
5. 枠の人数が足りないときは、コピーしてご使用ください。