

入所前利用者チェックリスト

利用者名：				
確認日：	令和	年	月	日
確認相手先：				

◇利用者本人の直近3日間の体温

	日付		体温
3日前	月	日	
2日前	月	日	
1日前	月	日	
入所日	月	日	

	あり	なし	備考
利用者本人が直近3日以内に倦怠感・呼吸器症状・味覚の異常有無	☐	☐	
同室者に発熱者はいなかったか	☐	☐	
入院・入所している機関に新型コロナウイルス感染者の有無	☐	☐	
入院中・入所中に外出等の有無	☐	☐	
利用者家族の面会の有無	☐	☐	
利用者家族の感染の有無	☐	☐	
コロナワクチン接種 未 ・ 1回接種 ・ 2回接種 ・ 3回接種 ・ 4回接種 ・ 5回接種 () () () () () ワクチン接種の日付がわかりましたら接種記録下にご記入下さい。 コロナに関する検査・ワクチン接種は行っていません。			

記入者：

介護老人保健施設 やまぶきの郷 支援相談室宛て

TEL：049-287-1155 FAX：049-287-9511

※入所予定日の朝にFAXにて返送いただければと思います。