

福祉バス  
専用

新型コロナウイルス感染症予防対策チェックシート

団体責任者の方は、参加者全員へご確認いただき、ご記入をお願いいたします。  
お帰りの際に、ドライバーへご提出ください。

利用日	令和 2 年 月 日 ( )
団体名	
当日責任者	

参加者全員に以下の内容を確認してください。

該当する方が含まれる場合は、利用の中止をお願いいたします。

確認後に○を付けてください



① 本人および同居者に過去14日以内で以下の症状はありませんか？ 発熱・風邪症状・嗅覚や味覚の異常	該当者なし
② 過去14日以内で、同居者にも①の症状はありませんか？	該当者なし
③ 希望荘を利用するにあたって、以下の感染症予防対策に取り組みます。 マスク着用・咳エチケット・手洗い・手指消毒・3密を避ける・室内換気	同意します
④ 自身に新型コロナウイルス感染症の疑いがある際は、希望荘へ連絡し、 感染症予防対策の調査や措置に協力します。	同意します
⑤ 記入いただいた内容は、新型コロナウイルス感染症の疑いが生じた際、保健所等の 関係機関へ照会させていただく場合がございます。ご了承ください。	同意します

熊本市障がい者福祉センター希望荘

→裏面もご記入ください。

参加者全員の氏名と乗車前の当日の体温を記入してください。

	氏名	体温
1		. °C
2		. °C
3		. °C
4		. °C
5		. °C
6		. °C
7		. °C
8		. °C
9		. °C
10		. °C
11		. °C
12		. °C
13		. °C
14		. °C