#### 利用者様への面会48時間前チェックリスト(コロナ指針別紙A)

面会希	望についてっかかった日時 202 年 月 日 曜日 時	分		
利用者	様氏名 ・A ・B ・児童 ・就労 ・その他本社		様	
	様1氏名 様 続柄 連絡先電話番号			
面会者	様2氏名 様 続柄 連絡先電話番号			
<b>%</b> 48	3時間以上前の予約の場合実施 			
1	「48時間前に体調確認を行いますので再度連絡をお願いします。」と伝えました	<u>-</u>		
2	48時間前に体調確認ができない場合は面会していただけないことを伝えました	0		
48時	問前(確認予定)日時 月 日 時 分			
	の確認をする担当者氏名			
	ここまでの記載をした(予約を受けた)スタッフの氏名			
面会 4	8時間前に下記 1~11 項をもれなく説明し、右欄に☑する	面会者1	面会者2	
1	来所(面会)希望日は202 年 月 日( ) 時 分			
2	今から、48 時間以降の面会をお願いします。			
	(症状の出る2日前から感染リスクがあるためです。)			
3	現在のところ、ご自身の体調や同居家族様の体調は大丈夫ですか。面			
	会まで毎日面会者様の、体温測定、体調の確認を行ってください。			
	面会当日は体温測定をしてから、いらしてください。面会までに発熱、			
4	のどの痛み、せき、だるさ、息苦しさ、関節痛、頭痛、味覚・嗅覚障			
	害、下痢等がある場合には、面会できません。			
5	布マスクではなく、サージカル(不織布)マスクでいらしてください。			
	面会は 1 日につき 1 回まで、人数は 2 名までとします。お二人一緒			
6	にいらしてください。			
7	滞在時間は 15 分までです。速やかに滞在を終了してください。			
	来所されましたらインターホンを押し、スタッフがご案内するまで風			
8	除室等でお待ちください。そのときにも体調を確認させていただきま			
	す。			
	面会者様がマスクを外すことや、一緒に飲食することは当面のあいだ			
9	禁止させていただきます。利用者様へのボディタッチや、トイレの利			
	用もお控えください。	 		
	北海道の警戒ステージ2または3の場合はガラス越しの面会となり、			
10	4以上の場合にはガラス越しの面会も中止させていただきます。			
	月 日( )チェック記載者サイン			
	上記について報告を受け確認し了承しました		フタッフ	
11		スタッフ		
	<u> </u>			
1			i l	

#### 面会・外出・外泊時チェックリスト(コロナ指針別紙 B)

- ※外出・外泊準備のための同行者様の来所時にも使用します。
- ※チェックリストAにより、事前の体調確認等が出来ていない場合には来所をお断りします。
- ※聞き取りは所定の場所で行います。
- ※滞在開始時間とは、聞き取りを終え、その先に進んだ時間を指します。

(前ペ-	-ジから転記す	<u>る)</u>		
面会チ	ェックリスト。	A 実施日時 202 年 月 日 曜日 時 : :	分	
利用者	様氏名 • <i>/</i>	A •B •児童 •就労 •その他本社		様
面会者	様1氏名	様 続柄 連絡先電話番号		
面会者	様2氏名	様 続柄 連絡先電話番号		
			面会者1	面会者2
1	チェックリス	トB聞き取り開始時間 時 分		
2	体温	面会者様1 ℃ 面会者様2 ℃		
3	体調の確認	のどの痛み、せき、だるさ、息苦しさ、関節痛、頭痛、 味覚・嗅覚障害、下痢等が無いことを確認しました。		
4	手指の消毒	アルコールで手指の消毒をしていただきました。		
5	マスクの 確認	布マスクの方はサージカル(不織布)マスクに交換していただきました。		
6	面会時の 注意事項を 説明	下記について説明し同意を得ました。 ・個室で面会します。・面会時間は15分までです。 ・フロアー等、共有場所での面会は禁止です。 ・マスクは外さないで下さい・飲食はできません。 ・面会中は個室の入口を閉め、室内の換気を行ってください。※面会中は寒くても換気を継続してください。		
7	面会後の 注意事項を 説明	面会後48時間以内に、発熱、のどの痛み、せき、だるさ、息苦しさ、関節痛、頭痛、味覚・嗅覚障害、下痢等の症状があった場合は、ゆうびへ連絡してください。		
8	滞在 開始時間	滞在開始時間は 時 分です。		
9	滞在 修了時間	滞在終了時間は時かった。		
	月	日( )チェックリスト記載者サイン		
10	月	報告を受け確認し了承しました 日( ) 所属長サイン		スタッフ
	所属長サイン	をもらい、ファイルしました。		

## 利用者様への面会48時間前チェックリスト(コロナ指針別紙 a)

面会希	望についてうかがった日時 202 年 月 日 曜日 時	分					
利用者様氏名 ・A ・B ・児童 ・就労 ・その他本社							
面会者様1氏名 様 続柄 連絡先電話番号							
面会者様2氏名 様 続柄 連絡先電話番号							
× 40	のは問いし並の又処の担合中族						
	3 時間以上前の予約の場合実施 │ 「4 ○時間並には調整器を行いますので再席連絡をお願いします」、 とにうました						
1	「48時間前に体調確認を行いますので再度連絡をお願いします。」と伝えました。 48時間前に体調確認を行いますので再度連絡をお願いします。」と伝えました。						
2	48時間前に体調確認ができない場合は面会していただけないことを伝えました	0					
40.0							
	時間前(確認予定)日時 月 日 時 分						
ΝāCC	の確認をする担当者氏名						
	ここまでの記載をした(予約を受けた)スタッフの氏名						
面会4	I8 時間前に下記 1~11 項をもれなく説明し右欄に☑ i	面会者1 i	面会者 2				
1	面会希望日は 202 年 月 日( ) 時 分						
	今から、48 時間以降の面会をお願いします。						
2	(症状の出る2日前から感染リスクがあるためです。)						
3	現在のところ、ご自身の体調や同居家族様の体調は大丈夫ですか。面						
3	会まで毎日面会者様の、体温測定、体調の確認を行ってください。						
	面会当日は体温測定をしてから、いらしてください。面会までに発熱、	<u> </u>					
4	のどの痛み、せき、だるさ、息苦しさ、関節痛、頭痛、味覚・嗅覚障						
	害、下痢等がある場合には、面会できません。						
5	布マスクではなく、サージカル(不織布)マスクでいらしてください。						
6	面会は 1 日につき 1 回まで、人数は 2 名までとします。一緒にいら	П					
	してください。						
7	滞在時間は 15 分までです。速やかに滞在を終了してください。						
8	面会は玄関の扉越しです。ご家族様は風除室内から中に入ることはで						
	きません。						
9	来所されたらインターホンを押し、スタッフがご案内するまで風除室						
	等でお待ちください。そのときにも体調を確認させていただきます。						
10	北海道の警戒ステージ4以上の場合にはガラス越しの面会も中止させ						
10	ていただきます。ご了承ください。						
	<u>月 日( )チェック記載者サイン</u>						
11	上記について報告を受け確認し了承しました		スタッフ				
	月 日( ) 所属長サイン						
	所属長サインをもらい   ファイルしました	Į.	1				

### 面会時チェックリスト (コロナ指針別紙 b)

(前ペー	-ジから転記する)			
面会予	·約受付日 202	年 月 日 曜日 時 分		
利用者	様氏名 • A	• B • 本 <u>社</u> 様		
面会者	様1氏名	様 続柄 連絡先電話番号		
面会者	様2氏名	様 続柄 連絡先電話番号		
		I	会者1 面	1会者 2
1	来所時間•体温	面会者様1       時       分 体温       ℃         面会者様2       時       分 体温       ℃		
2	面会開始時間	時 分		
3	体調の確認	のどの痛み、せき、だるさ、息苦しさ、関節痛、頭 痛、味覚・嗅覚障害、下痢等が無いことを確認しま した。		
4	手指の消毒	アルコールで手指の消毒をしていただきました。		
5	マスクの確認	布マスクの方はサージカル(不織布)マスクに交換 していただきました。		
6	面会制限	面会は玄関の扉越しでご家族様は風除室内から中に 入ることはできません。		
7	面会内容			
8	面会後の 注意事項説明	48時間以内に、発熱、のどの痛み、せき、だるさ、息苦しさ、関節痛、頭痛、味覚・嗅覚障害、下痢等の症状があった場合は、ゆうびへ連絡をお願いします。		
9	面会修了時間	面会終了時間は 時 分です。		
		ヨ( )チェック記載者サイン		
10		告を受け確認し了承しました ∃( ) 所属長サイン		スタッフ

所属長サインをもらい、ファイルしました。

### 外出・外泊48時間前同行者用チェックリスト(コロナ指針別紙C)

外出•	外泊希望についてうかがった日時 202 年 月 日 曜日	時	分			
利用者様氏名 • A • B 様						
同行者様1氏名 様 続柄 連絡先電話番号						
同行者	様2氏名 様 続柄 連絡先電話番号					
種別	<ul><li>外出</li><li>外泊</li></ul>					
\\\ 40						
	3 時間以上前の予約の場合実施 	1				
1	「48時間前に体調確認を行いますので再度連絡をお願いします。」と伝えました					
2	外出・外泊48時間前に同行者様の体調確認ができない場合は、外出・外泊をおり	近りさ				
	せていただくことを伝えました。					
			1			
48時	問前(確認予定)日時 月 日 時 分					
下記の	の確認をする担当者氏名					
	ここまでの記載をした(予約を受けた)スタッフの氏名					
	ここの この記載とした (アミックタリル) ヘクックの以口					
サミュ		面会者1 i	面会者 2			
1	開始希望日時は202 年 月 日( ) 時 分から					
2	戻る予定日時は202 年 月 日( ) 時 分ころ					
	今から、48時間後の来所をお願いします。					
3	(症状の出る2日前から感染リスクがあるためです。)					
	現在の体調や同居家族様の体調は大丈夫ですか。当日まで毎日同行者					
4	様の、体温測定、体調の確認を行ってください。					
	当日は体温測定をしてから、いらしてください。発熱、のどの痛み、					
5	せき、だるさ、息苦しさ、関節痛、頭痛、味覚・嗅覚障害、下痢等が					
	ある場合には、外出・外泊をお断りします。	_	_			
6	布マスクではなく、サージカル(不織布)マスクでいらしてください。					
	来所されたましたら、インターホンを押し、スタッフがご案内するまで風除					
7	室内でお待ちください。そのときにも体調を確認させていただきます。外	П				
'	出・外泊のために来所される人数は1日1回2名までとします。					
8	滞在時間は 15 分までです。速やかに滞在を終了してください。		П			
0	北海道の警戒ステージ4以上の場合には外出・外泊をお断りいたしま		Ш			
9						
	す。ご了承ください。					
	<u>月 日( )チェック記載者サイン</u>   ト記について報告な受け確認して承しました					
10	上記について報告を受け確認し了承しました		スタッフ			
	<u>月 日( ) 所属長サイン</u>					

# 外出・外泊出発前の利用者様用チェックリスト(コロナ指針別紙 D)

利用者様氏名 · A · B								
来所後	に準備をし、一緒	皆に出発されたる	ご家族	様等の	)			
				続柄		連絡先電話番	号	
同行者	様2氏名			続柄		連絡先電話番	号	
種別	<ul><li>外出</li><li>外泊</li></ul>							
1	出発予定時刻	月		(	)	時	分	
2	戻る予定日時	月		(	)	時	分	
3	目的							
4	行先							
5	出発時の体温	利用者様		時		分	${\mathbb C}$	
6	体調の確認					さ、息苦しさ、 ないことを確認		
7	マスクの着用	サージカルマ	スクの	フィッ	/ティ:	ングを確認しま	した。	
8	手指の消毒	出発前に玄	関フー	-ド内で	で手指	消毒をおこない	いました。	
9	出発した時刻		時		分			
	月 [	<u>∃( )チェック</u>	フリス	ト記載	者サ-	イン		
10	上記について報告	きを受け確認し	了承し	<i>」まし</i> か	こ			
10	月 [	3( ) 所属	長サイ	ン				Ц
	所属長サインを	ちらい、ファイ	ルしま	ました。				

### 外出・外泊から戻られたときのチェックリスト(コロナ指針別紙 E)

利用者	様氏名 A	• B 様		
同行者	様1氏名	様 続柄 連絡先電話番号		
同行者	様2氏名	様 続柄 連絡先電話番号		
種別	<ul><li>外出</li><li>外泊</li></ul>			
_				
1	戻られた日時	月日()時分		
		風除室内にて体温測定する		
2	体温	利用者様     ℃		
		同行者様1 ℃ 同行者様2 ℃		
		風除室内で確認する		
3	体調の確認	発熱、のどの痛み、せき、だるさ、息苦しさ、関節痛、頭痛、		
		味覚・嗅覚障害、下痢等がないことを確認しました。		
		風除室内で、何処へ行ってきたのかを確認しました。		
		•		
4	   行先	•		
_	1376	•		
		•		
		•		
		風除室内で、何をしてきたのかを確認しました。		
		•		
5	   内容	•		
	, , ,	•		
		•		
		•		
6	手指消毒	風除室内で手指消毒をおこないました。		
7	マスク	上記確認後、マスクをはずしていただき、ポリ袋に入れて破		
,		棄しました。		
		日( )チェックシート記載者サイン		
8		服告を受け確認しました。 		
		月日()所属長サイン		
9	月 日(			
	しました。	確認したスタッフのサイン		
		服告を受け確認し了承しました		
10		日( ) 所属長サイン		
	別属長サインを	きもらい、ファイルしました。		

#### サービス利用当日の朝用チェックリスト(コロナ指針別紙 F)

保護者の皆さまは、通所者様の検温と体調確認を毎朝おこない、下記1~3 へ記入をし、本用紙を持たせてください。お忙しいとは存じますが、感染拡大 防止のため、ご協力いただきますようお願いいたします。

202			
お名前	j	様・・日中・移動・行動援護	
チェッ	クリスト記	載者様   家族様氏名      (続柄  )	
ご家族	様記載		
	2.15	時 分 度 分	
1	今朝の	熱がないことを、確認し、右に☑してください。	
	体温	※熱がある場合は通所を控えて下さい。	— ı
		のどの痛み、せき、だるさ、息苦しさ、関節痛、頭痛、味覚・	
2	今朝の	嗅覚障害、下痢がないことを確認し右に☑してください。	
_	体調	※症状がみられる場合は必ずお休みしてください。	_
		同居者に、のどの痛み、せき、だるさ、息苦しさ、関節痛、頭	
3	同居者の	「痛、味覚・嗅覚障害、下痢がないことを確認し右に✓	
	体調	端、味見・嗅見降呂、下溯がないことを確認し日にと   ※同居家族様の体調不良時には必ずお休みしてください。	
<u> </u>		然同心多味物の体調で及時には必ずのかがしてくたとい。	
<u>スタッ</u>	フ記載		
	<u>チェックリ</u>	スト記載者サイン	
	上記につい	て報告を受け確認しました	
4		ロ( ) 前房目サイン	_ Ц

所属長サインをもらい、ファイルしました。

#### サービス利用当日の朝用チェックリスト (コロナ指針別紙 G)

保護者の皆さまは、通所者様の検温と体調確認を毎朝おこない、下記1~3 へ記入をし、本用紙を持たせてください。お忙しいとは存じますが、感染拡大 防止のため、ご協力いただきますようお願いいたします。

202	年 月		
お名詞	Ú		
チェ	ックリスト記	載者様   家族様氏名     (続柄  )	
ご家庭	族様記載		
1	今朝の 体温	時 分 度 分 熱がないことを、確認し、右に☑してください。 ※熱がある場合は通所を控えて下さい。	
2	今朝の 体調	のどの痛み、せき、だるさ、息苦しさ、関節痛、頭痛、味覚・ 嗅覚障害、下痢がないことを確認し右に図してください。 ※症状がみられる場合は必ずお休みしてください。	
3	同居者の 体調	同居者に、のどの痛み、せき、だるさ、息苦しさ、関節痛、頭痛、味覚・嗅覚障害、下痢がないことを確認し右に2 ※同居家族様の体調不良時には必ずお休みしてください。	
スタ	ッフ記載		
4	上記につい月	リスト記載者サイン Nて報告を受け確認しました 日( ) 所属長サイン インをもらい、ファイルしました。	

### 会議・面談等48時間前チェックリスト(コロナ指針別紙 H)

来所有	6望についてうかがった日時 202 年 月 日 曜日 時	分	
利用者	5様氏名 ・A ・B ・児童 ・就労 ・その他本社		様
来所包	<b>5様1氏名</b> 様 続柄 連絡先電話番号		
来所都	<b>5様2氏名 様 続柄 連絡先電話番号 </b>		
», 1 c			
1	5 時间以上前の予約の場合美胞 		
2	48時間前に体調確認ができない場合は来所していただけないことを伝えました		
	40时间別に体調推調が、くさない場合は未別していただけないとこを伝えよりに	0	
10			
	時間前(確認予定)日時 月 日 時 分 の確認をする担当者氏名		
1,00			
	ここまでの記載をした(予約を受けた)スタッフの氏名		
来所 4	48 時間前に下記 1~11 項をもれなく説明し、右欄に☑する [	面会者1	面会者2
1	来所希望日は 202 年 月 日( ) 時 分		
2	今から、48 時間以降の面会をお願いします。	П	
	(症状の出る2日前から感染リスクがあるためです。)		
3	現在のところ、ご自身の体調や同居家族様の体調は大丈夫ですか。来		
	所まで毎日面会者様の、体温測定、体調の確認を行ってください。		
	来所当日は体温測定をしてから、いらしてください。来所までに発熱、	Ì	
4	のどの痛み、せき、だるさ、息苦しさ、関節痛、頭痛、味覚・嗅覚障		
	害、下痢等がある場合には、来所できません。		
5	布マスクではなく、サージカル(不織布)マスクでいらしてください。		
6	来所人数は2名までとします。お二人一緒にいらしてください。		
	来所されましたらインターホンを押し、スタッフがご案内するまで階	Ì	
8	段手前でお待ちください。そのときにも体調を確認させていただきま		
	す。		
9	マスクを外すのは、パネルのあるところのみとしてください。		
	月 日( )チェック記載者サイン		
11	上記について報告を受け確認し了承しました		スタッフ
	<u>月 日( ) 所属長サイン</u>		

#### 会議・面談時チェックリスト (コロナ指針別紙 I)

- ※チェックリスト H により、事前の体調確認等が出来ていない場合には来所をお断りします。
- ※聞き取りは所定の場所で行います。

(前ペー	- ジから転記)			
チェッ	クリスト実施E	3時 202 年 月 日 曜日 時 分		
利用者	6様氏名 ◆ A	A ・B ・児童 ・就労 ・その他本社		様
		様 続柄 連絡先電話番号		
		様の続柄を連絡先電話番号		
		Ī	面会者1	面会者2
1	本チェックリ	スト聞き取り開始時間 時 分		
2	体温	来所者様1 ℃ 来所者様2 ℃		
3	体調の確認	のどの痛み、せき、だるさ、息苦しさ、関節痛、頭痛、 味覚・嗅覚障害、下痢等が無いことを確認しました。		
4	手指の消毒	アルコールで手指の消毒をしていただきました。		
5	マスクの 確認	布マスクの方はサージカル(不織布)マスクに交換し ていただきました。		
6	注意事項	来所中は30分に1回、換気を行ってください。		
7	面会後の 注意事項を 説明	来所後 48 時間以内に、発熱、のどの痛み、せき、だるさ、息苦しさ、関節痛、頭痛、味覚・嗅覚障害、下痢等の症状があった場合は、ゆうびへ連絡してください。		
8	滞在 開始時間	滞在開始時間は 時 分です。		スタッフ
9	滞在 修了時間	滞在終了時間は 時 分です。		スタッフ
	月	日( )チェックリスト記載者サイン		
10	上記について	報告を受け確認し了承しました		スタッフ
	月	日( ) 所属長サイン		
	所属長サイン	をもらい。ファイルしました。 		1