

サービス開始前のチェック表

日時	月 日 時 分			
ご利用者氏名				
回答者	利用者本人	ご家族	送迎した職員	その他
サービス開始日の体温	°C			
サービス開始前日の体温	°C			
<b>該当する欄に○をつけてください。</b>				
前日前の体温37.5°Cがあった場合				
解熱後24時間経過しているか？	いる	いない		
サービス利用前日及び当日に				
息苦しさ(呼吸困難)は？	ある	なし		
強いだるさ(倦怠感)は？	ある	なし		
味覚・嗅覚に異常は？	ある	なし		
その他風邪症状は？	ある	なし		
利用サービスの種類				
特別養護老人ホーム				
ショートステイ				
デイサービス				
グループホーム				

ご協力ありがとうございました