**新型コロナウイルス対策における介護保険サービス利用申出書**

（利用者・ご家族移動関係）

【第５版】

介護サービスを利用して頂くにあたり、移動制限地域にお住まいの方・出向かれた方との接触があったご利用者様のサービス利用につきましては、法人として対応策を検討した上での受け入れとさせて頂きます。

状況により、２週間の利用見合わせをお願いする場合もありますので、状況をご理解のうえ、

ご協力を宜しくお願い致します。

令和　　年　　月　　日

**施 設 名**

**利用者名**

**ご家族氏名**

コロナウイルス

ワクチン接種状況

（利用者）　　　未接種　　1回目　　2回目　　最終接種日

（ご家族）　　　未接種　　1回目　　2回目　　最終接種日

**居 住 地**

**滞 在 先**

**主たる交通機関**

**滞在期間**

**身体症状**

**【利用者】　　　　　　　　　　　　　　　　　【ご家族】**

**体温　　 　℃　　□ 咳の症状有り　　　　　　体温　　 　℃　　□ 咳の症状有り**

**□ 全身倦怠感有り　　　　　　　　　　　　　　□ 全身倦怠感有り**

**□ 味覚症状有り　　　　　　　　　　　　　　　□ 味覚症状有り**

**□ 多人数の会食参加 　 　　　　　　 □ 多人数の会食参加**

**□ 密閉した室内での接触があった　　　　　　　□ 密閉した室内での接触があった**

申請先：医療法人健康会

　　　　事業所　管理者まで