

安全確認シート

令和 年 月 日

名前 _____

現在、新型コロナウイルス感染拡大防止対策として、以下の項目に1つでも該当する方の来店をお断りしております。何卒ご理解・ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

- | | はい | いいえ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ・県外在住の方、及び過去14日以内に県外への移動歴がある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・風邪の症状(くしゃみや咳が出る)がある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・強いだるさ(倦怠感)や息苦しさがある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・咳、痰、または胸部に不快感がある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・過去14日以内に、政府から入国制限、入国後の観察期間を必要と発表されている国・地域等への渡航者の方、並びに当渡航者との濃厚接触がある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・過去14日間以内にクラスターとされる場所を訪れた | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・その他、新型コロナウイルス感染可能性の症状がある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

本日の体温 _____

ありがとうございました。