お試し住宅利用者の感染防止策チェックリスト

　　年　　　月　　　日（　　）

1. 氏名をご記入下さい。　　　氏名
2. 利用前２週間における以下の事項の有無をお聞きします。

**１つでも該当する場合は、ご利用をお断りさせていただきます。**

（該当する場合に☑チェックしてください。）

□ 平熱を超える発熱

□ 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状

□ だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難）

□ 嗅覚や味覚の異常

□ 体が重く感じる、疲れやすい

□ 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触

□ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる

□ 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されている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触

３．**いずれかに該当しない場合は、ご利用をお断りさせていただきます。**

（該当する場合に☑チェックしてください。）

□ ＰＣＲ検査または抗原定量検査を受け、陰性が確認された

□ 新型コロナワクチンを２回接種している

* 滞在中に、発熱、咳、全身の倦怠感等の症状がある場合は、下記の電話番号まで

お問合せください。

**受診・相談センター 電話：0120-567-492(9:00～17:15)**

**中部センター 電話：0858-23-3135(休日含め24時間対応)**

受診・相談センターに相談後、琴浦町役場　企画政策課(0858－52－1708)にもお知らせください。