

支援室利用にあたっての

## チェックリスト

次の項目にチェック✓を入れてください。すべての項目が埋まりましたらご利用いただけます。

チェック項目	保護者	お子様
咳・鼻水・発熱等の風邪症状はありませんか？（ <u>ご家族</u> を含む）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
倦怠感やだるさなどの身体的症状はありませんか？（ <u>ご家族</u> を含む）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感染流行地域からの転入、もしくは感染流行地域へ往来した方は2週間以上経過していますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>ご家族</u> で2週間以内に感染流行地域へ往来した方はいませんか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
来室の保護者の方はマスクの着用をしていただけますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ご家族の中で、2週間以内にPCR検査を受けた方がいらっしゃいましたらお申し出ください。

※ ご家族とは…同居家族、日常的にご一緒にいられる方を対象といたします。

2021.5.24～