

# 岐阜県福祉友愛プール 利用申込書 兼 入館時健康チェック表

【個人利用】「利用申込書」欄を全て記入のうえ、電話・メール・FAX で、前日迄にお申込みください。

※利用者に付き添って介助、見学等入館される方を、(3) ②～④氏名欄等にご記入ください。

【団体利用】団体名、氏名、性別のみご記入ください。

利用申込書		団体名	
(1) 利用日	令和 年 月 日 ( )	利用場所	<input type="checkbox"/> プール室 <input type="checkbox"/> トレーニング室
希望の時間帯 (1つに0)	<input checked="" type="radio"/> 10:00～12:00 <input checked="" type="radio"/> 13:00～15:00 <input checked="" type="radio"/> 15:30～17:30 <input checked="" type="radio"/> 18:00～20:00	使用更衣室	<input type="checkbox"/> 家族更衣室 <input type="checkbox"/> 男子更衣室 <input type="checkbox"/> 女子更衣室
(2) ふりがな氏名①		性別	利用者登録番号
		男 女	<input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 60歳以上
住所	市・町・村	電話番号	FAX
e-mail	<input type="checkbox"/> 記入済 (6/1 再開後)		
(3) 氏名②		男 女	<input type="checkbox"/> 障がい者 [登録番号] <input type="checkbox"/> 介助者 <input type="checkbox"/> その他(サロン見学等)
氏名③		男 女	<input type="checkbox"/> 介助者 <input type="checkbox"/> その他(サロン見学等) <input type="checkbox"/> ヘルパー (TEL - - )
氏名④		男 女	<input type="checkbox"/> 介助者 <input type="checkbox"/> その他(サロン見学等) <input type="checkbox"/> ヘルパー (TEL - - )

## 入館時健康チェック表

入館時間	時 分	入館時体温	氏名① . °C	氏名② . °C	氏名③ . °C	氏名④ . °C
平熱を超える発熱が (おおむね37度5分以上) ある			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳 (せき)、のどの痛みなど風邪の症状がある			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
だるさ (倦怠 (けんたい) 感)、息苦しさ (呼吸困難) がある			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嗅覚や味覚の異常がある			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体が重く感じる、疲れやすい等の症状がある			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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があった (ある)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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があった			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上記8項目について、全て該当しない			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

・必要に応じて看護師による問診を行い、利用の可否を責任者が判断します。

(※職員記入欄)

上記のとおり確認しました。	<input type="checkbox"/>	確認者
---------------	--------------------------	-----

感染防止対策実施責任者 館長