|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | / | 受付方法 | 電話・メール・FAX・窓口 | 確認連絡 | **可・否** |  |

**日付　　ｸｰﾙ　 　番号**

-　 -

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、⑶ 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。

|  |  |
| --- | --- |
| ***団 体 名*** |  |

⑴

**利用申込書**

⑶

⑵

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **利用日** | 令和　 年 　 月　 日（　 ） | | | | | **利用場所** | □**プール室**□**トレーニング室** | | | | | | | | | |
| **希望の　時間帯**  **(１つに〇)** | ❶ **10**:00～**12**:00 ❷ **13**:00～**15**:00 | | | | | | | **使用**  **更衣室** | | | | | □ **家族更衣室**  □ 男子更衣室  □ 女子更衣室 | | | |
| ❸ **15**:**30**～**17**:**30** ❹ **18**:00～**20**:00 | | | | | | |
| **ふ り が な**  **氏 名** ① |  |  | | | **性別** | **利用区分** | | | **利用者登録番号** | | | | | | | |
|  |  | | | 男  女 | □ **障がい者**  □ **６０歳以上** | | |  |  | |  | |  |  |  |
| **住 所** | 市・町・村 | **電話番号** | | * **-** | | | | | **FAX** | | * **-** | | | | | |
| **e-mail** | □ **記入済**(6/1再開後) | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **氏 名**② |  |  | | | 男  女 | □ **障がい者［登録番号　　　　　　　　　 ］**  □ **介助者** □ **その他**(サロン見学等) | | | | | | | | | | |
|  |  | | |
| **氏 名**③ |  |  | | | 男  女 | □ **介助者** □ **その他**(サロン見学等)  □ **ヘルパー**(TEL - - ) | | | | | | | | | | |
|  |  | | |
| **氏 名**④ |  |  | | | 男  女 | □ **介助者** □ **その他**(サロン見学等)  □ **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** | **氏名**② | **氏名**③ | **氏名**④ |
| **. ℃** | **. ℃** | **. ℃** | **. ℃** |
| 平熱を超える**発熱**が（おおむね３７度５分以上）ある | | | **□** | **□** | **□** | **□** |
| 咳（**せき**）、**のどの痛み**など風邪の症状がある | | | **□** | **□** | **□** | **□** |
| **だるさ**（倦怠（けんたい）感）、**息苦しさ**（呼吸困難）がある | | | **□** | **□** | **□** | **□** |
| **嗅覚や味覚の異常**がある | | | **□** | **□** | **□** | **□** |
| **体が重く**感じる、**疲れやすい**等の症状がある | | | **□** | **□** | **□** | **□** |
| 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） | | | **□** | **□** | **□** | **□** |
| 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**があった | | | **□** | **□** | **□** | **□** |
| 上記８項目について、**全て該当しない** | | | **□** | **□** | **□** | **□** |

・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。** | **□** | 確認者 |  |

感染防止対策実施責任者　館長