

ショートステイ利用時の健康チェック表 _____様

ショートステイご利用前の一週間の検温をお願いします。同居されているご家族の検温のご協力と、ワクチン接種の日程等のご記入をお願いします。

ワクチン等接種状況

インフルエンザ予防接種： 年 月 日 ・ 未接種

コロナワクチン最終接種： 年 月 日 ・ 未接種

	月 日・曜日	ご本人様	ご家族()様	ご家族()様	ご家族()様
		体温	体温	体温	体温
1	月 日 ()	°C	°C	°C	°C
2	月 日 ()	°C	°C	°C	°C
3	月 日 ()	°C	°C	°C	°C
4	月 日 ()	°C	°C	°C	°C
5	月 日 ()	°C	°C	°C	°C
6	月 日 ()	°C	°C	°C	°C
7	月 日 ()	°C	°C	°C	°C
8	月 日 ()	°C	°C	°C	°C
9	月 日 ()	°C	°C	°C	°C
10	月 日 ()	°C	°C	°C	°C
11	月 日 ()	°C	°C	°C	°C
12	月 日 ()	°C	°C	°C	°C
13	月 日 ()	°C	°C	°C	°C
14	月 日 ()	°C	°C	°C	°C
15	月 日 ()	°C	°C	°C	°C