

体調等のご確認

- | | | | | |
|---|---|----|---|-----|
| ① | ご来館時のマスク着用 | あり | ・ | なし |
| ② | 風邪の症状（くしゃみ・咳）や軽い風邪症状が4日以上続いている | あり | ・ | なし |
| ③ | 強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難） | あり | ・ | なし |
| ④ | 味覚・嗅覚の異常 | あり | ・ | なし |
| ⑤ | ②～④の症状がある同居家族がいる | はい | ・ | いいえ |
| ⑥ | コロナウイルス罹患者が発生した施設の関係者（従業員またはその家族等）である | はい | ・ | いいえ |
| ⑦ | 同居家族や身近な知人にコロナウイルス感染が疑われる方がいる | はい | ・ | いいえ |
| ⑧ | 過去1ヶ月以内に本人、または同居家族が海外へ渡航した | はい | ・ | いいえ |
| ⑨ | 本人や同居家族が過去2週間以内に感染拡大地域に外出、またはその感染拡大地域在住者と県内にて接触した | はい | ・ | いいえ |
| | ※感染拡大の状況や国、県及び担当部局の方針変更等により、その都度変更となる場合がある為、ご利用時点における感染拡大地域にて判断させていただきます※ | | | |
| ⑩ | （⑨で「はい」と答えた方）過去2週間以内に咳や発熱等の症状が出た | はい | ・ | いいえ |

※施設利用にあたり、詳細のご確認をさせていただく場合がございます。