

感染対策確認カレンダー ご利用者様名：()様 社会福祉法人 西友会

() 月	日	月	火	水	木	金	土
日付(日)							
体温(度)							
体調異変(有・無)	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
※コロナ問診票 B項目に類する 諸症状(有の場合)							
他福祉サービス・ 医療機関の利用 (有の場合名称)	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

※原則、サービス利用1週間前から記載をお願いします。体調異変があった場合はご連絡ください。 ☎48-6001