

利用者様・ご家族様  
関係者各位様

別紙1

令和2年7月吉日  
株式会社ユニティ  
事業所：リハケアガーデン 国分

## 新型コロナウイルス感染防止等について（協力依頼）

関係者の皆様におかれましては、ますますご健勝のことと拝察いたします。

さて、御承知のように鹿児島県内において新型コロナウイルス感染症によるクラスターが発生し、感染拡大が懸念されております。そこで当社としての機能を維持しつつ関係者様と連携して感染防止に取り組んでまいりたいと存じます。

つきましては、下記の点についてご理解・ご協力をお願い致します。

### 記

#### 1. ご利用者様について

- (1) 毎日自宅での検温と風邪症状等の「有無」についてご確認お願い致します。
- (2) 本人・同居ご家族等に、発熱等の風邪症状が見られた場合には、  
**速やかに必ず事業所へご連絡ください。**
- (3) 風邪症状で倦怠感、息苦しさ等がみられた場合は、速やかに必ずかかりつけ医等  
にご相談下さい。

#### 2. 県外からの帰省について

- (1) 県外から帰省される場合は**必ず2週間前までに**事業所スタッフにご連絡下さい。
- (2) 帰省2週間前より、検温・発熱等の風邪症状の有無をご確認願います  
**感染拡大防止での「自己管理チェックシート」**（別紙1）
- (3) 手洗いうがい・マスク着用等の感染予防をお願い致します。

\*上記、対応を実施し提出いただくことで、当社の通所介護事業所を平常通り利用することが可能です。

\*帰省2週間前からの「対策」が不十分な場合は、県や国等から感染拡大防止の観点から、ある一定期間の利用中止が通達されていますので、それと同等の対応をとりますことご理解くださいませ。

これらの対応は、念には念をではありますが、これから無症状での感染拡大が懸念される今、高齢者への感染から「重度化」する危険性も高まっているのも現状です。ご利用できますので、ご理解・ご協力のほど、心よりお願い申し上げます。

# 感染拡大防止での「自己管理チェックシート」

(別紙2)

帰省前に必ず提出 (電話・メール・FAX可) をお願いします。

氏名： \_\_\_\_\_

帰省予定日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

	日程	体温	風邪症状	味覚障害	マスク着用	手洗いうがい 3回/日	3密への回避行動
14	月 日	℃	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
13	月 日		有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
12	月 日		有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
11	月 日		有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
10	月 日		有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
9	月 日		有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
8	月 日		有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
7	月 日		有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
6	月 日		有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
5	月 日		有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
4	月 日		有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
3	月 日		有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
2	月 日		有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
1	月 日		有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
当日	月 日		有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
	月 日		有 無	有 無	有 無	有 無	有 無