**新型コロナウイルス感染症対策チェックシート（施設利用者用）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用日 | 年　　　　月　　　　日（　　　　） | | | |
| 利用時間 | ：　　　　　　～　　　　　　： | | | |
| 施設名 |  | | 人数 | 名 |
| 団体名 |  | | | |
| 利用責任者 |  | 連絡先 |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **対応項目** | | **チェック** |
| **１　実施体制** | | |
|  | 感染症防止対策の実施に責任を持つ「利用責任者」を選任します。 | □ |
|  | 利用者から感染者が出た場合に、西濃保健所の調査に迅速に協力することができるよう、利用者全員の連絡先を把握します。 | □ |
|  | 利用者から感染者が出た場合に、利用者は西濃保健所の調査に迅速に協力すべきこと、濃厚接触者に該当する利用者については２週間を目安に自宅待機等の要請があり、当該要請に応じるべきことを利用者に周知しています。 | □ |
| ④ | 施設管理者が実施する感染防止対策の取組みに従います。  ※マスクの着用、手指消毒液の準備 | □ |
| **２　密集対策** | | |
|  | 利用人数については必要最小限とします。 | □ |
|  | 利用者同士の前後左右の間隔を２ｍ以上確保します。 | □ |
|  | ロビー等での「密集」を避けます。 | □ |
| **３　密閉対策** | | |
|  | 施設利用中は、複数の窓開けに等より通気の良い換気を実施します。（３０分に１回以上） | □ |
| **４　密接対策** | | |
|  | 利用者は、原則マスクを着用します。 | □ |
|  | お互いに対面した状況を作りません。 | □ |
| **５　衛生対策** | | |
|  | 利用予定者は、利用当日に検温することとし、発熱その他風邪症状がある者及び同居家族に発熱等の症状がある者については施設を利用しないこととします。 | □ |
|  | 利用予定日から遡って２週間以内に発熱その他風邪症状があった者については施設を利用しないこととします。 | □ |
|  | 手指消毒を積極的に行い、衛生対策を励行します。 | □ |
| ④ | 共有物については、使用前後の消毒等、適切な管理に努めます。  ※消毒液、雑巾、手袋等は原則利用団体が準備。 | □ |
| ⑤ | 利用施設内では、おやつ、軽食の摂取を含む食事を行いません。  ※水分補給は可能。 | □ |

※　利用条件が守れない場合は、施設の利用をお断りすることがあります。