中野区ファミリー・サポート事業　特別援助活動(病児の預かり)

における新型コロナウイルス感染症に関する確認事項

～新型コロナウイルス感染拡大防止と安全な活動の実施のため、ご理解とご協力をお願い致します。～

私は中野区ファミリー・サポート事業 特別援助活動の利用・活動にあたり、
以下の状況（期間については概ね２週間）であることに相違ありません。

1.［利用会員のみ記入］

（1）受診時、子どもを第三者へ預けても問題ないか医師へ確認しています。（　はい　/　いいえ　）

【受診先医療機関名：　　】

【利用当日の子どもの体温：　　℃　】

2.［利用会員・協力会員記入］

（1）自分を含め、同居家族は 3 密のハイリスクな場所（接待を伴う飲食店等、カラオケ、ライブハウス、スポーツジム等、クラスター発生報告のある施設など）を訪れていません。（　はい　/　いいえ　）

（2）自分を含め、同居家族に 37.5℃以上の発熱、呼吸器症状、強いだるさ、味覚・嗅覚障害など新型コロナウイルス感染症（COVID-19)を疑う症状がある人はいません。（　はい　/　いいえ　）

【利用/活動当日の体温：　　℃　】

（3）自分を含め、同居家族や日頃接している人に新型コロナウイルス(COVID-19)と確定診断された人や、新型コロナウイルス(COVID-19)濃厚接触者はいません。（　はい　/　いいえ　）

（4）現在 PCR 検査を受ける予定がなく、また検査後ではありません。（　はい　/　いいえ　）

上記の内容に間違いありません。
利用/活動における感染リスクを理解し、了承しました。

記入日：　　年　　月　　日

会員番号：

会員氏名：