感染症対応_様式10_来所者立ち入り時体温チェックリスト

備え付けの非接触型体温計で検温願います。体温が●度を越える場合は立ち入りをご遠慮させていただいておりいますので、あらかじめご了承願います。

月日	立ち入り時間	退出時間	企業名（利用者のご家族の場合は記入不要）	氏名	訪問先（立ち入り者名／担当者名な	検温結果（体温を記載）	備考