

○愛媛県高齢者施設面会モデル（令和4年10月29日改訂）新旧対照表

改訂後	改訂前
<p style="text-align: center;">愛媛県高齢者施設面会モデル <u>（令和4年10月29日改訂）</u></p> <p>1 面会室の準備時（省略） 2 面会予約時 ⑤ ～④ （省略） ⑤ <u>地域の感染状況を踏まえ、面会者全員のワクチン接種歴（3回目接種後14日以上経過）若しくは陰性の検査結果が分かるもの、又はその両方</u>を確認する旨伝達</p> <p>3 面会実施前 ① （省略） ② チェックシート等により面会者の健康状態、行動歴を確認 ・ <u>地域の感染状況を踏まえ、面会者全員のワクチン接種歴（3回目接種後14日以上経過）若しくは陰性の検査結果が分かるもの、又はその両方</u>を確認できること ・（省略） ③～④ （省略）</p> <p>4 面会実施時（省略） 5 面会実施後（省略） 【留意事項】（省略）</p>	<p style="text-align: center;">愛媛県高齢者施設面会モデル <u>（令和4年7月12日改訂）</u></p> <p>1 面会室の準備時（省略） 2 面会予約時 ①～④ （省略） ⑤ _____ <u>面会者全員の陰性証明（PCR検査（検体採取日+3日））</u> _____を確認する旨伝達</p> <p>3 面会実施前 ① （省略） ② チェックシート等により面会者の健康状態、行動歴を確認 ・ _____ <u>面会者全員の陰性証明（PCR検査（検体採取日+3日））</u> _____を確認できること ・（省略） ③～④ （省略）</p> <p>4 面会実施時（省略） 5 面会実施後（省略） 【留意事項】（省略）</p>

面会チェックシート（例）

面会チェックシート（例）

入居者氏名		
受付時間	令和 年 月 日 時 分	
退出時間	令和 年 月 日 時 分	
面会者の情報		
氏名		
住所		
電話番号		
体温	度	
ワクチン接種 PCR 検査	該当する□にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> ワクチン接種歴（3回目の接種後14日以上経過）が分かるもの <input type="checkbox"/> 陰性の検査結果が分かるもの	
質問事項		回答
① 感染症が疑われる症状（のどの痛み、咳、倦怠感、下痢、嗅覚・味覚障害等）がありますか。	はい	いいえ
② 濃厚接触者ですか。	はい	いいえ
③ 同居家族に発熱等感染症が疑われる症状はありますか。	はい	いいえ
④ 過去5日間以内に感染者、感染の疑いがある者との接触がありますか。	はい	いいえ
⑤ 過去10日間以内に発熱等の感染症が疑われる症状はありますか。	はい	いいえ
⑥ 過去10日間以内に、政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航歴はありますか。	はい	いいえ

【依頼事項（施設担当者が実施後チェック）】

- 連絡のお願いの書面（面会后一定期間（少なくとも2日）以内に発症又は感染した場合の施設への連絡依頼）を手交した。

面会チェックシート（例）

面会チェックシート（例）

入居者氏名		
受付時間	令和 年 月 日 時 分	
退出時間	令和 年 月 日 時 分	
面会者の情報		
氏名		
住所		
電話番号		
体温	度	
PCR 検査	_____ <input type="checkbox"/> 陰性証明 _____ (PCR 検査 (検体採取日+3日)) _____	
質問事項		回答
① 感染症が疑われる症状（のどの痛み、咳、倦怠感、下痢、嗅覚・味覚障害等）がありますか。	はい	いいえ
② 濃厚接触者ですか。	はい	いいえ
③ 同居家族に発熱等感染症が疑われる症状はありますか。	はい	いいえ
④ 過去2週間以内に感染者、感染の疑いがある者との接触がありますか。	はい	いいえ
⑤ 過去2週間以内に発熱等の感染症が疑われる症状はありますか。	はい	いいえ
⑥ 過去2週間以内に、政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航歴はありますか。	はい	いいえ

【依頼事項（施設担当者が実施後チェック）】

- 連絡のお願いの書面（面会后一定期間（少なくとも2日）以内に発症又は感染した場合の施設への連絡依頼）を手交した。