**広島市障害者福祉バス乗員健康管理表**

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 | 利用年月日　　　　令和　　年　　月　　日 |

○介護人の方は誰の介護人かわかるように、介護にあたる障害者の方の下欄に続けて記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 体調について（利用日の体温、咳、鼻水、倦怠感、味覚や嗅覚の有無等） |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |
| ４ |  |
| ５ |  |
| ６ |  |
| ７ |  |
| ８ |  |
| ９ |  |
| １０ |  |
| １１ |  |
| １２ |  |
| １３ |  |
| １４ |  |
| １５ |  |
| １６ |  |
| １７ |  |
| １８ |  |
| １９ |  |
| ２０ |  |

**広島市障害者福祉バス乗員健康管理表**

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 | 利用年月日　　　　令和　　年　　月　　日 |

○介護人の方は誰の介護人かわかるように、介護にあたる障害者の方の下欄に続けて記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 体調について（利用日の体温、咳、鼻水、倦怠感、味覚や嗅覚の有無等） |
| ２１ |  |
| ２２ |  |
| ２３ |  |
| ２４ |  |
| ２５ |  |
| ２６ |  |
| ２７ |  |
| ２８ |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |