|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **従事者の衛生管理点検表** |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 責任者 | 衛生管理者 |
|  |  |  |  | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  |  |  |  |  |
| 下痢、嘔吐はないか。 |  |  |  |  |  |
| 発熱はないか。 |  |  |  |  |  |
| 手指に化膿創はないか。 |  |  |  |  |  |
| 爪は短く切ってあるか。 |  |  |  |  |  |
| 衛生的な服装か。 |  |  |  |  |  |
| 身だしなみは適切か。 |  |  |  |  |  |
| ｱｸｾｻﾘｰや時計は外してあるか。 |  |  |  |  |  |
| 同居家族に下痢・嘔吐はないか。 |  |  |  |  |  |
| 備考欄（×の時の対応を記入する） |  |  |  |  |  |

**【注意事項】**

・〇または×を記入し、欠勤の場合は斜線とすること。

・記載にはボールペンを使用すること。

・修正テープ等は使用せず、二重線で訂正すること。

・×の場合、衛生管理者に報告すること。また、備考欄に具体的な対応内容を記載すること。