No.

**【調　理】**　　　　　**ふれあい食事サービス従事者名簿（衛生管理チェック表）**

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　地区部会

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 月　　　日実施分 | 月　　　日実施分 | 備考 | 責任者サイン |
| 体調 | 身だしなみ※ | 体調 | 身だしなみ※ | 責任者は×の記入された項目を確認し、どう対処したかを具体的に記入すること。 | 備考に記載した場合に記入 |
| 発熱 | 下痢 | 腹痛 | 吐き気 | キズ | 発熱 | 下痢 | 腹痛 | 吐き気 | キズ |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

１：毎回、活動開始前に自分でチェックして記入すること。手を洗浄消毒してから活動を開始すること。

２：各項目について自分で確認し、問題ない場合は「○」、気になることや異常がある場合は「×」を記入すること。

　　※身だしなみの欄は、爪が短く、指輪等ははずし、マスク・帽子・エプロンを着用した状態であれば、「○」とする。

３：自己チェックの結果、「×」を記入しなければならない場合は、当日の活動を始める前に責任者と相談すること。

４：調理従事者は腸内細菌検査が陰性の者のみとする。また当日に配達・配膳にも従事している場合は、この調理従事者名簿のみに記載すること。No.

**【配達・配膳のみ】**　**ふれあい食事サービス従事者名簿（衛生管理チェック表）**

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　地区部会

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 月　　　日実施分 | 月　　　日実施分 | 備考 | 責任者サイン |
| 体調 | 身だしなみ※ | 体調 | 身だしなみ※ | 責任者は×の記入された項目を確認し、どう対処したかを具体的に記入すること。 | 備考に記載した場合に記入 |
| 発熱 | 下痢 | 腹痛 | 吐き気 | キズ | 発熱 | 下痢 | 腹痛 | 吐き気 | キズ |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

１：毎回、活動開始前に自分でチェックして記入すること。手を洗浄消毒してから活動を開始すること。

２：各項目について自分で確認し、問題ない場合は「○」、気になることや異常がある場合は「×」を記入すること。

　　※身だしなみの欄は、爪が短く、指輪等ははずし、マスク・帽子・エプロンを着用した状態であれば、「○」とする。（配達のみの者は、帽子・エプロンのみ省略可）

３：自己チェックの結果、「×」を記入しなければならない場合は、当日の活動を始める前に責任者と相談すること。

**ふれあい食事サービス事業参加者名簿**

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　地区部会

部会長

No.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 月　日参加者氏名・年齢 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |  |  |  |