

## 母語による初期適応・学習支援 感染防止対策チェック票

太枠内へのご記入と質問事項へのご回答をお願いいたします。  
\*全ての項目が必須条件ではありませんが、通訳ボランティアが許諾を判断する為の参考資料として使用いたします。

派遣機関名:	担当者名
派遣希望日時: 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分	連絡先

**通訳派遣希望当日、現場で実施できる感染防止対策について質問事項にご回答ください。**

質問事項	回答欄	
<b>1. 学校の先生・職員等について</b>		
①通訳対象職員等の下記内容の健康確認ができますか? ・当日朝、検温により平熱である ・息苦しさや強いだるさなどの症状がない ・感染者との濃厚接触がない	はい	いいえ
②通訳対象職員等のマスクの着用はできますか?	はい	いいえ
<b>2. 学習者 (外国人) について</b>		
①通訳対象外国人の下記内容の健康確認ができますか? ・当日朝、検温により平熱である ・息苦しさや強いだるさなどの症状がない ・感染者との濃厚接触がない	はい	いいえ
②通訳対象外国人のマスクの着用はできますか?	はい	いいえ
<b>3. 通訳場所について</b>		
①通訳場所の換気はできますか? (少なくとも30分毎)	はい	いいえ
②通訳実施前に消毒液による手指の消毒はできますか?	はい	いいえ
<b>4. 任意項目</b> ※以下は必須条件ではありませんが、派遣調整の際の参考にさせていただきます。		
①不特定多数の人の出入りがない場所の確保ができますか?	はい	いいえ
②通訳対象者のフェイスシールドの着用はできますか?	はい	いいえ
③通訳場所に飛沫防止シートは設置されていますか?	はい	いいえ
④通訳時の通訳対象者同士のソーシャルディスタンス (2m程度) の確保は出来ますか?	はい	いいえ
⑤通訳対象者とは対面ではなく、並行に座る/立つことができますか?	はい	いいえ
その他、上記以外の感染防止対策があれば、こちらにご記入ください。		