【共通】

（新型コロナウイルス感染予防）

問　診　票

記入日　　月　　日

★印以外はご来園前にご記入お願いします。

ご住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

今朝のご自宅での体温 ＿＿＿＿＿＿℃　（平熱　　℃）

（サーマルカメラによる検温の場合はどちらかにチェック）

★当センター到着時の体温　□みどり（体温記入不要）　□あか　→（再測定）＿＿＿℃

（体温計による検温の場合）＿＿＿＿＿℃

（1）7日以内に、患者さんや同居家族で　下記の症状はありませんか？
（該当するものに〇）

発熱（37.5℃以上）　　平熱より1.5℃以上高い

□ない

（2）7日以内に、患者さんや同居家族で　下記の症状の方はありませんか？
（該当するものに〇）

さむけ　きつい・だるい　食欲がない　頭痛　関節痛
筋肉痛　鼻水　鼻づまり　せき　のどの痛み　はきけ　おう吐　腹痛
下痢　頬のはれ　発疹（ブツブツ）　味覚の異常　嗅覚の異常
その他（　　）　□ない

（3）7日以内に、患者さんや同居家族（同一建物居住者含む）が新型コロナに感染したり、身近なところで（学校、職場、サークル、他事業所など）、新型コロナ感染者（無症状の方含む）はいますか？

（　□いる　　□いない）

ご記入は以上です。新型コロナウイルス感染拡大防止にご理解ご協力いただき、ありがとうございます。

（2023.05.12）