

【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をお願いします。

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) **5日以内**に、患者さん本人に下記の症状はありませんか？  
(該当するものに○)

・発熱(37.5℃以上)      ・平熱より1.5℃以上高い

ない

(2) **5日以内**に、患者さん本人に下記の症状の方はありますか？  
(該当するものに○)

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、患者さん本人や同居家族(同一建物居住者含む)が**新型コロナに感染**された方はいますか？

( いる いない)

※ 患者さん本人の通学通園先や利用事業所などが  
**『学校(学級)閉鎖』** または **『施設内で隔離(閉鎖)中』**のあいだは、  
利用できません。

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。

(2024.5.15)