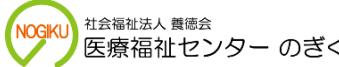


※次回、リハビリ外来時にご記入の上お持ちください。

新型コロナウィルス感染症対策問診票



外来リハビリ

利用者さま用

当院ではすべての利用者さまに以下の問診票をご協力いただき新型コロナウィルスの感染拡大防止に努めてまいりたいと思います。
何卒ご協力のほどよろしくお願ひいたします。

氏名 様

※利用者さまご本人に限り**1日2回（朝・夕）の検温**をお願いします。

※ご利用7日前までの間に、**発熱37.5°C以上あった場合、その時点で**ご相談のお電話をいただき
ますようお願いいたします。

確認(病院用)

日 時	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
① 検 温	朝 . °C						
	夕 . °C						
② 咳	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無
③ 鼻 水	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無
④ 痰	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無
⑤ その他、いつもと違う 様子がありますか (例 しんどそう・寝ない等)	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無
	(ある場合)						
⑥ 主介護者の検温	. °C						
⑦ 続 柄							
⑧ 家族の体調	良 · 不良						
⑨ 咳	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無
⑩ 鼻 汗	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無
⑪ 倦怠感	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無
⑫ 味覚・嗅覚異常	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無
⑬ 家族の感染流行地への外出	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無	有 · 無
⑭ その他・連絡事項							

ご協力ありがとうございました。

◆問診票はホームページより印刷できます。