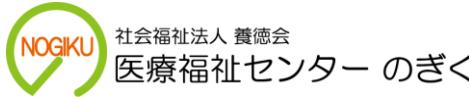


※次回、リハビリ外来時にご記入の上お持ちください。



## 新型コロナウイ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イ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致します。

確認(病院用)

氏名

様

※利用者さま本人に限り**1日2回（朝・夕）の検温**をお願いします。

日 時	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
① 検 温	朝	・ °C								
	夕	・ °C								
② 咳	有	・ 無	有	・ 無	有	・ 無	有	・ 無	有	・ 無
③ 鼻 水	有	・ 無	有	・ 無	有	・ 無	有	・ 無	有	・ 無
④ 痰	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
	(ある場合)		(ある場合)		(ある場合)		(ある場合)		(ある場合)	
⑥ 主介護者の検温	・ °C	・ °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
⑩ 鼻 汗	有	・ 無	有	・ 無	有	・ 無	有	・ 無	有	・ 無
⑪ 倦怠感	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
⑬ 家族の感染流行地への外出	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。