

次回ご来院時、受付窓口に  
お渡しください。  
※お忘れになった場合は、ご利用をお断りいたします。

# 新型コロナウイルス感染症対策問診票

短期入所  
利用者さま用

お名前

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10日前までの間に、ご本人・同居人に発熱37.5°C以上や体調不良があった場合、その時点でご相談のお電話をいただきますよう  
お願ひいたします。

確認（病院用）

日 時		10日前	9日前	8日前	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	月 日	月 日	月 日
①	検 温	朝 . °C									
		夕 . °C									
②	せき・鼻汁・たん 強いだるさ 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)	なし・あり									
		(ある場合)									
③	他施設の利用 (施設・事業所名)	なし・あり ( )									
		なし・あり ( )									
①	主介護者の検温（続柄）	. °C ( )									
②	せき・鼻汁・たん 強いだるさ 味覚・嗅覚異常	なし・あり									
③	(送迎時) 付添人の検温 ※主介護者と同じ場合は記入不要	. °C ( )									
④	同居人の体調	良・不良									
⑤	家族の感染流行地への外出	なし・あり									
その他・連絡事項 (例) 学校・職場内で陽性者があった。											

ご協力いただき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。