

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

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。
該当項目によっては担当医の判断にて当日のリハビリをお断りさせて頂く場合がございますことをご了承頂きますようお願い申し上げます。

外来リハビリ
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℃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いいたします。

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	朝 . °C	朝 . °C	朝 . °C	朝 . °C	朝 . °C	朝 . °C	朝 . °C	朝 . °C	朝 . °C
		夕 . °C	夕 . °C	夕 . °C	夕 . °C	夕 . °C	夕 . °C	夕 . °C	夕 . °C	夕 . °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	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
		(ある場合)	(ある場合)	(ある場合)	(ある場合)	(ある場合)	(ある場合)	(ある場合)	(ある場合)	(ある場合)	(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 ()	なし・あり ()	なし・あり ()	なし・あり ()	なし・あり ()	なし・あり ()	なし・あり ()	なし・あり ()	なし・あり ()
①	主介護者の検温（続柄）	. °C ()	. °C ()	. °C ()	. °C ()	. °C ()	. °C ()	. °C ()	. °C ()	. °C ()	. °C ()
②	せき・鼻汁・たん 強いだるさ 味覚・嗅覚異常	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
③	(リハビリ時) 付添人の検温 ※主介護者と同じ場合は記入不要	. °C ()	. °C ()	. °C ()	. °C ()	. °C ()	. °C ()	. °C ()	. °C ()	. °C ()	. °C ()
④	同居人の体調	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良
⑤	家族の感染流行地への外出	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	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。