

※問診票をお忘れになった場合は、ご利用をお断りいたします。

次回ご来院時、受付窓口
にお渡しください。

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。
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。

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。

利用者本人			せき・鼻汁・のどの痛み 強いだるさ等の 体調不良の症状		他施設の利用 (施設・事業所名) ※なければ記入不要	その他・連絡事項	
日時	検温		症状の有無	症状の詳細			
	朝	夕					
5日前	月 日	°C °C	あり・なし				
4日前	月 日	°C °C	あり・なし				
3日前	月 日	°C °C	あり・なし				
2日前	月 日	°C °C	あり・なし				
1日前	月 日	°C °C	あり・なし				
主介護者			せき・鼻汁・のどの痛み 強いだるさ等の 体調不良の症状		付添人の検温 ※主介護者と同じ 場合は記入不要 (続柄:)	同居人の 体調	家族の感染流行地 への外出
日時	検温 (続柄:)		症状の有無	症状の詳細			
	5日前	月 日			°C °C	あり・なし	
4日前	月 日	°C °C	あり・なし		°C	良・不良	
3日前	月 日	°C °C	あり・なし		°C	良・不良	
2日前	月 日	°C °C	あり・なし		°C	良・不良	
1日前	月 日	°C °C	あり・なし		°C	良・不良	

※ご利用7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。