

## 新型コロナウイルス感染症に関する問診票

ご来園箇所（ 特養 ・ ケアハウス ）

以下の項目をチェックしてください

①1週間以内に発熱（37.0度以上）があった	いいえ ・ はい
②咳、喉の痛み、くしゃみ、鼻水などの風邪症状がある	いいえ ・ はい
③2週間以内に新型コロナの感染者又は濃厚接触者と直接的な接触があった	いいえ ・ はい
④1週間以内に同居家族等に風邪症状の方がいた	いいえ ・ はい
⑤現在、同居家族にコロナ陽性者や濃厚接触者がいる	いいえ ・ はい

来園日時 令和 年 月 日（ ） 時 分

来園時体温 度

来園者氏名 \_\_\_\_\_（入居者氏名 \_\_\_\_\_）

①～⑤すべて「いいえ」であれば面会可能です

一つでも「はい」がある場合は、面会を自粛いただくようお願いします

ご面会后、3日以内に発熱や風邪症状が出た場合、速やかに当施設へお知らせください

ご協力ありがとうございました