

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。

① 2週間以内に発熱（37.0度以上）があった。	いいえ ・ はい
② 咳、喉が痛い、くしゃみ、鼻水、痰がでる等、風邪のような症状がある。	いいえ ・ はい
③ 強いだるさや、息苦しさがある。	いいえ ・ はい
④ 味がしない、匂いが感じられない。	いいえ ・ はい
⑤ 2週間以内に渡航歴がある。	いいえ ・ はい
⑥ 2週間以内にバー、スナック、カラオケ、ライブハウス、ジム、パチンコ等を利用した。	いいえ ・ はい
⑦ 2週間以内に10人以上集まるイベント、換気の悪い場所での会合に参加した。	いいえ ・ はい
⑧ 同居者に①～④の症状に「はい」の方がいる。	いいえ ・ はい
⑨ 本人、本人の職場、家族、家族の職場等の方がコロナウイルス感染者である。又は、PCR検査を行った。	いいえ ・ はい

来園日時 令和 年 月 日（ ） 時 分

来園時体温 °C

来園者氏名 （入居者氏名 ）

①～⑨すべて「いいえ」であれば面会を許可します。

1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。