

新型コロナウイルス感染予防問診票



医療法人社団 どんぐり会 ARINKOMURA

ARINKOMURA 見学を希望される方は、以下をご記入の上、見学の際にご提出ください。

見学日：令和 年 月 日

| | |
|----------|--|
| ふりがな | |
| 保護者氏名 | |
| 住 所 | |
| 電話番号 | |
| ふりがな | |
| お子さんのお名前 | |
| 生年月日 | |

◎本日の体温 °C

◎以下の質問にご回答ください

○発熱、せき、くしゃみ、倦怠感等の風邪の症状や味覚・嗅覚の異常等がありますか。

(はい・いいえ)

○2週間以内に、新型コロナウイルスの患者や、その疑いのある方と接触がありましたか。

(はい・いいえ)

○2週間以内に、新型コロナウイルスの流行地域（都内近郊・県南地域等）への訪問歴はありますか。

(はい・いいえ)

○2週間以内に、海外への渡航歴はありますか

(はい・いいえ)

○海外渡航歴がある方との接触がありましたか（同居人・職場・友人等）

(はい・いいえ)

※本日の体温が37.5°C以上の方、および上記症状のある方は、見学を見合わせていただいております。日程の再調整をお電話にて承ります。

〈問合せ先〉

ARINKOMURA

☎ 029-229-2252 （担当者：山田）