

(施設利用時の問診票)

利用施設名	
利用日	

施設をご利用いただくときは、利用者全員について下記の事項を確認してください。

①	氏名										
②	年齢										
③	住所										
④	連絡先(電話番号)										
⑤	利用当日の体温		℃		℃		℃		℃		℃
⑥	利用前2週間における以下の事項の有無	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
ア イ ウ エ オ カ キ ク	平熱を超える発熱										
	せき、のどの痛みなど風邪の症状										
	だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)										
	嗅覚や味覚の異常										
	体が重く感じる、疲れやすい等										
	新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無										
	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合										
過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合											

※団体等で名簿等を作成して保管しているときは省略していただいて結構です。