新型コロナウイルス感染症に関する問診票

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週間以内に換気の悪い場所での会合等に参加した。	いいえ・はい
⑦ 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

体温　　℃　　体調　不調あり　不調なし

【同意書】

私は、施設の利用にあたり下記項目を読み、理解した上で同意し施設を利用します。
当施設ではコロナウィルスに感染されている方、コロナウィルスの感染の恐れのある方の**来館をお断り**しております。問診票や、スタッフからの質問に対し、**虚偽のご回答無きようお願い致します。**
民事、刑事（威力業務妨害等）にて、法的対応を行うこともあります。

令和　　年　　月　　日（　　）

氏名　　（　　歳）

施設内感染予防のため、ご協力お願い致します。　　医療法人健康増進センターStyle