

枠内は、全てご記入願います

# (新型コロナウイルス等感染症対策用) 問診票

月日： 月 日

来院者ご本人氏名：

来院目的  整形受診  小児科受診  歯科受診  車いす・装具診  リハビリ(OT/PT/ST)  あぶるん  かしすん  相談  
 入退院・面会 ( 診療部  生活支援科)  ショートステイ  さわやか  事務  その他 ( )

体温につきましては、ご自宅で記入済みの場合でも、来院の際にモニターで確認願います。

モニター計測困難時や非稼働時は、備え付けの体温計で確認してください

	来院者 ご 本 人 について			付き添いの方 について		
	ご本人 ( °C)	同居の方		続柄( ) ( °C)	続柄( ) ( °C)	
現在の体温を記入してください	( °C)			( °C)	( °C)	
① 5日以内に発熱・せき・のどの痛み 鼻水等の症状がありましたか？	いいえ・はい	いいえ・はい	「いいえ」の場合②③記入不要 「はい」の場合②記入	いいえ・はい	いいえ・はい	「はい」の場合 ②も記入
② ①の項目で「はい」に該当の方 病院で診察を受けましたか？	いいえ・はい	いいえ・はい	「いいえ」の場合③記入不要 「はい」の場合③記入	いいえ・はい	いいえ・はい	「はい」の場合 ③も記入
③ ②の項目で「はい」に該当の方 診断名をご記入ください	( )	( )	—	( )	( )	—
④ご本人または身近な方が5日以内に 新型コロナ陽性判定を受けましたか？	いいえ・はい	いいえ・はい	* 「はい」があれば記入 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の方	いいえ・はい	いいえ・はい	* 「はい」が あれば記入
⑤学校や職場等が感染症対策で休校や 利用自粛措置をとっていますか？	いいえ・はい	いいえ・はい	<input type="checkbox"/> 学校/園 <input type="checkbox"/> 同学年 <input type="checkbox"/> 同級 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> デイサービス等施設	いいえ・はい	いいえ・はい	<input type="checkbox"/> 職 場 <input type="checkbox"/> その他
備考 (喘息・鼻炎通院治療中など)						

問診票の記入内容によっては入館を控えていただきますが、該当事項と来所目的に応じて対応可能な場合がありますので、**発熱やせきなどの症状がある場合、来所前に、お問い合わせくださいますようお願いいたします。**受診制限の詳しい内容につきましては、別紙受診制限をご覧ください。

お問い合わせ先 青森県立あすなろ療育福祉センター 代表電話 (017) 781-0174

青森県立あすなろ療育福祉センター感染対策委員会2023.5/15作成