

新型コロナウイルス感染拡大防止 問診票（お子様用）

★過去2週間以内についてお答えください★

●以下の症状がありましたか？もしくは現在ありますか？

症状	回答欄	
発熱(37.5度以上)	はい	いいえ
咳がでる	はい	いいえ
くしゃみがでる	はい	いいえ
鼻水がでる（鼻炎の場合診断院名 _____）	はい	いいえ

●新型コロナウイルス感染者、またはその疑いのある方との接触はありましたか？

はい・いいえ

●結婚式・葬儀・食事会などの集団になる場所に参加しましたか？

はい・いいえ

●他県との往来はありましたか？ はい・いいえ

年 月 日 氏名 _____ 体温 °C

この内容に虚偽の申告はありません。 保護者氏名 _____