

「病児デイケアセンターかすが」利用問診表

令和 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 男・女

以下の3項目についてご記載・ご署名ください

①20才以上の同居者に感冒の症状がある

ない・ある

②2週間以内に濃厚接触歴（海外渡航・新型コロナ感染患者との接触）がある

ない・ある

③ご家族でコロナ疑いの方がおられる（PCR検査中もしくは検査予定）

ない・ある

医療機関名

診療医師名

印