

「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5項目についてご記載・ご署名ください

- ① コロナ検査（抗原・PCR）結果
（ 月 日実施） 陰性
- ② 中学生以上の同居者に感冒症状がある（過去1週間）
ない・ある
- ③ 濃厚接触者で自宅待機中である
ない・ある
- ④ ご家族に濃厚接触者やコロナ疑いの方がいる（PCR
検査中もしくは検査予定）
ない・ある
- ⑤ 園や学校が休園・休校または利用者のクラスが閉鎖
になっている
ない・ある

医療機関名 _____

診療医師名 _____

印 _____