「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**

1. ご家族にコロナの方がいる　　　　　**ない・ある**

医療機関名

診療医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

「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**

1. ご家族にコロナの方がいる　　　　　　**ない・ある**

医療機関名

診療医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

「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**

1. ご家族にコロナの方がいる　　　　　**ない・ある**

医療機関名

診療医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

「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**

1. ご家族にコロナの方がいる　　　　　　**ない・ある**

医療機関名

診療医療名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印