

こぐま病児保育室 新型コロナウイルス感染症関連調査票

年 月 日

児童氏名	保護者氏名
------	-------

児童	家族
----	----

①過去 14 日以内の体調について

当てはまる症状はありますか？ ありの場合は、当てはまる症状すべてにチェックを してください。	あり	なし	あり	なし
	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛
新型コロナウイルスの PCR 検査、抗原検査などの 検査をした	はい	いいえ	はい	いいえ

②過去 14 日以内の行動歴について

海外や県外への移動・滞在	あり	なし	あり	なし
	ありの場合（場所： ）			
クラスター発生場所での滞在	あり	なし	あり	なし
	ありの場合（場所： ）			
家族以外の方が10人以上集まる場所での 会食、又は長時間の滞在	あり	なし	あり	なし
	ありの場合（場所： ）			

③保育園や幼稚園、小学校について

現在流行している疾患	あり（疾患名： ）	なし
新型コロナウイルス感染症陽性者と同じクラスである	はい	いいえ
新型コロナウイルス感染症の発生により休園休校中である	はい	いいえ

④ご利用後のお願い

ご利用後、14 日以内に新型コロナウイルスを発症した場合には、 速やかに当保育室へご連絡ください	同意する	同意しない
---	------	-------

【電話予約受付時確認】 過去 14 日以内の接触歴について

上記①の症状がある方との濃厚接触	あり	なし	あり	なし
新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触	あり	なし	あり	なし
新型コロナウイルス感染症陽性者の濃厚接触者との 接触	あり	なし	あり	なし
新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触の 可能性があり、待機期間中である	はい	いいえ	はい	いいえ
海外から帰国された方との濃厚接触	あり	なし	あり	なし