

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

	児童		家族	
	あり	なし	あり	なし
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。	<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

	児童		家族	
	あり	なし	あり	なし
海外や県外への移動・滞在	ありの場合（場所: _____）			
クラスター発生場所での滞在	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	ありの場合（場所: _____）			

③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
---	------	-------