

新型コロナ、流行期（県内において発生例がある）の体験・新規利用についての事前問診票

氏名： _____
記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

問診内容を記入いただき、該当する項目がある場合に当施設の医師・看護師の判断により体験・新規利用をお断りするか、再度日程調整しての利用とさせていただきます。ご了承ください。

以下、問診項目（はい・いいえに○を付けてお答えください）

現在の本人の状態

- ・7日間のあいだに発熱、咳、のどの痛みはありますか (はい ・ いいえ)
- ・悪寒、頭痛、筋肉痛、嘔吐、腹痛、下痢はありますか (はい ・ いいえ)
- ・14日間のあいだに県外・海外で過ごしたことはありますか (はい ・ いいえ)
はいの方→(どこに、いつまで: _____)
- ・14日間のあいだに県外・海外で過ごした人と会ったことがありますか (はい ・ いいえ)
- ・14日間のあいだに、新型コロナウイルスへの感染の疑いでPCR検査を受けた人と会う機会がありましたか？ (はい ・ いいえ)
- ・14日間のあいだに、新型コロナウイルスへの感染が確認された患者と接触はありましたか？ (はい ・ いいえ)

家族（他者との交流）の状態

- ・同居家族の中に、発熱、咳、のどの痛み、倦怠感等体調不良がある人はいますか (はい ・ いいえ)
- ・同居家族の中に、1か月のあいだに県外・海外で過ごした人がいますか (はい ・ いいえ)
はいの方→(どこに、いつまで: _____)
- ・同居家族の知人や友人、職場などに新型コロナウイルス感染の疑いでPCR検査を受けた方はいますか？ (はい ・ いいえ)
- ・同居家族の知人や友人、職場などに新型コロナウイルスの感染が確認された方はいますか？ (はい ・ いいえ)

※回答した時から、体験、利用開始まで上記項目に『はい』の状態に変更になる場合は必ず度連絡ください。

介護老人保健施設アルカディア

通所リハビリテーション

TEL 098-878-1675

課長代行 富原 唯
相談員 儀間・多良間