

新型コロナウイルス感染症に関する質問票

新型コロナウイルスに関連して、**受診者（子ども）と送迎引率者・同居家族**のいずれか一人でも次の項目にあてはまる場合は「はい」を、誰もあてはまらない場合は「いいえ」をチェックしてください。

お名前：	通園	保育園・幼稚園
年齢： 歳 か月	通学先	学校
体重 kg	自宅での抗原検査の有無	実施していない / 実施した⇒結果（ ）
結果連絡の電話番号 — —	コロナワクチン接種歴	未 / 済 年 月 日 頃（ 回目済）
	コロナ感染歴	あり（ 年 月 日～） ・なし

1. 現在ある症状を全てチェックしてください。

- 発熱 月 日 時頃から（ °C）
月 日 時（ °C） *今回の発熱での最高体温は？
日 今朝（ °C） 日 時 °C

- 咳・鼻汁・咽頭痛・嘔吐・下痢・腹痛・頭痛・倦怠感・その他（ ）
月 日 時頃から

2. お子さまの通園・通学先で新型コロナウイルス感染症は発生していますか？ はい いいえ
または過去にありましたか？ はい いいえ
いつ頃： _____

3. 新型コロナウイルスに感染している方や濃厚接触者に該当する方と接触機会はありましたか。 はい いいえ

【誰（関係性）： 月 日頃】

4. 2週間以内に同居ご家族の中に症状のある方はいらっしゃいますか。 はい いいえ

【誰： いつから： 月 日頃から 症状： 】

5. 2週間以内の外出先を教えてください。（例以外でも思い当たる場所は全て教えてください）

（例：大規模ショッピングモール・映画館等・日帰り温泉・動物園やテーマパーク等。

部活動・スポーツクラブや習い事等。冠婚葬祭事への出席・友人、知人との会食・親族との会食等）

【場所： 移動日： 月 日頃】

6. 2週間以内に宿泊を伴う移動（帰省・旅行・出張など）はありましたか。 はい いいえ

【場所： 滞在期間： 月 日 ~ 月 日まで】

7. 直近1か月以内に海外に滞在された方はいらっしゃいますか。 はい いいえ

【国名： 滞在期間： 月 日 ~ 月 日まで】

8. 持病について：なし / あり（病名： ） 薬名（ ）

*念のためご同居のご家族についてお尋ねします。

	コロナワクチン接種歴	仕事内容（具体的に）	勤務地・通学先など	通勤・通学手段
父	未 / 済（ 年 月 回目）		都内 or 県内→横浜市・（ 市）/ 在宅勤務	電車・バス・車・その他（ ）
母	未 / 済（ 年 月 回目）		都内 or 県内→横浜市・（ 市）/ 在宅勤務	電車・バス・車・その他（ ）
兄弟 高齢者 など	未 / 済（ 年 月 回目） 未 / 済（ 年 月 回目）	続柄：	都内 or 県内→横浜市・（ 市） *ご兄弟は学校名を教えてください	電車・バス・車・その他（ ）