

感染症に関する問診票【来校者用】

愛媛県立しげのぶ特別支援学校

☆ お願い

本校へ来校された際には、事前に記入して、受付または担当者まで御提出ください。

来校日時	月 日() 午前・午後 時 分	
来校目的	<input type="checkbox"/> 授業交流 <input type="checkbox"/> 授業参観 <input type="checkbox"/> その他()	
	本 人	付添の方(続柄:)
来校時の体温	℃	℃
<u>本日から1週間以内のことについて教えてください。</u>		
	本 人	付添の方(続柄:)
① 急な発熱(37.5 度以上)はありましたか?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いつ?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いつ?
② 急に出てきた症状はありますか?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> かぜ症状(せき、鼻水) <input type="checkbox"/> 強いだるさ(倦怠感) <input type="checkbox"/> その他	◎症状についてお尋ねします。 いつから(月 日) <input type="checkbox"/> 現在、治療している <input type="checkbox"/> アレルギーと診断されている <input type="checkbox"/> 今は症状がない	
③ 新型コロナウイルス患者との接触はありましたか?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いつ?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いつ?

御協力ありがとうございました。