

問診票（コロナウイルス対策用）

別添2

（社福）IGL学園福祉会

（学法）IGL医療福祉専門学校

日 時	令和 年 月 日 () 時 分 ~		
氏 名		学校名	
連絡先	Tel () - -		
実習施設名称			

問診票			
(1)	マスクを所有し、着用されていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2)	施設玄関で十分、手洗いしていただきましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3)	施設玄関でうがいしていただきましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4)	施設玄関で検温されましたか？ 体温をご記入ください。(°C)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(5)	過去2週間以内に発熱がありませんか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(6)	倦怠感がありませんか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(7)	1か月以内に始まった咳症状は、ありませんか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(8)	鼻水症状はありますか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(9)	くしゃみ症状はありますか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(10)	のどの痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(11)	過去1週間以内に嘔吐の症状はありますか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(12)	下痢症状はありますか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(13)	目が赤い、または結膜炎はありますか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(14)	1か月以内に始まった味覚異常はありますか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(15)	1か月以内に始まった嗅覚異常はありますか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(16)	過去14日以内に海外への渡航歴はありますか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(17)	過去14日以内に新型コロナウイルス患者、又はその疑いのある人との接触はありますか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(18)	過去14日以内に東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、北海道、福岡県、茨城県、石川県、岐阜県、愛知県、大阪府、京都府、兵庫県への行き来はありますか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
*同居の家族等が<input type="checkbox"/>いる <input type="checkbox"/>いない。 「いる」にチェックした方に伺います。			
(19)	同居者は、過去2週間以内に発熱がありませんか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(20)	同居者は、過去14日以内に海外への渡航歴はありますか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(21)	同居者は、過去14日以内に新型コロナウイルス患者、又はその疑いのある人との接触はありますか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(22)	同居者は、過去14日以内に東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、北海道、福岡県、茨城県、石川県、岐阜県、愛知県、大阪府、京都府、兵庫県への行き来はありますか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無