

体調等確認票

(様式1)

名前 (子ども) _____

※本アンケートは受付時にお出してください。

新型コロナウイルス・その他感染症拡大防止のため、体調等を確認しています

【確認事項】

下記の項目に1つでも該当する場合は受診ができません。下記の項目に該当された方は、健康推進課 (Tel: 21-1117) までご連絡ください。

また、下記の項目に該当しなくても、症状を総合的に判断して受診をお断りさせていただくこともありますので、ご了承ください。

チェック項目	子ども		保護者	
1週間以内に、37.5度以上(子ども)、37.0度以上(保護者)の発熱がある。 または平熱より1度程度高い発熱がある。	はい	いいえ	はい	いいえ
1週間以内に(軽度でも)咳や咽頭痛、下痢などの風邪症状がある	はい	いいえ	はい	いいえ
5日以内に、新型コロナウイルス感染者または、感染疑いのある方と接触し行動制限をうけている(家族、職場、保育所等)	はい	いいえ	はい	いいえ

【健診当日のお願い】

●バスタオルの持参

歯科検診受診時に必要となります。お子様用のバスタオルの持参をお願いいたします。

●羽織れるものの持参

当日センター内を換気しております。着脱しやすい保温できる上着をご持参ください。

●マスクの着用

当日は感染予防の為、保護者はマスクの着用をお願いいたします。

●同伴される保護者の方は1名をお願いいたします。

兄弟児の同伴も可能な限りお控えください。

皆様にはご迷惑をおかけいたしますが、ご協力をお願いいたします。

健康推進課 保健師 0977-21-1117