

# 新型コロナウイルス感染症に関する問診票(事業所様)

感染症対策強化のため、問診票を作成致しました。感染者や疑い者が発生した際にご連絡致しますので、当施設へお立ち入り頂く際には、下記事項について記載をして頂きますよう、ご理解ご協力の程よろしくお願い致します。

記載日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 \_\_\_\_ 時 \_\_\_\_ 分

業者様名: \_\_\_\_\_

ご住所: \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_ °C

\*あてはまるものに○をしてください。

A	質 問		回 答	
①	2週間以内に新型コロナウイルス感染者と一緒にいたことがありますか？		有	無
②	2週間以内に海外へ行きましたか？		有	無
③	2週間以内に、「海外や長崎県以外に行ったあと、発熱と咳がでてきた人」と、一緒にいたことがありますか？		有	無
④	2週間以内に50名以上が集まるイベントに参加しましたか？		有	無
⑤	2週間以内に県内・県外によらず、いわゆる“3密”の機会がありましたか？		有	無

B	①	発熱 (37.5°C)	有	無	⑦	強いだるさ	有	無
	②	のどの痛み	有	無	⑧	臭いがわかりにくい	有	無
	③	鼻水	有	無	⑨	味がわかりにくい	有	無
	④	咳	有	無	⑩	吐き気・嘔吐	有	無
	⑤	たん	有	無	⑪	下痢	有	無
	⑥	息苦しさ	有	無			有	無

C	2週間以内に、長崎県以外に行きましたか？ (今回の来所を除きます)	はい	いいえ
		地名 ( _____ )	

## 留意事項

- \* A・Bの項目に1つでも該当する場合は、入館をお断りします。
- \* 同居される方に上記内容が該当する場合は、予めお申し出下さい。
- \* マスク未着用の方は、入館をお断りします。
- \* 感染多発地域からお越しの際は、十分なご配慮、ご理解をお願いします。
- \* 当施設利用者様の命に関わることでありますので、虚偽申請及び施設が定めるルールに違反が生じた場合は一切のご面会を禁止とさせていただきます。
- \* 本用紙は事務室受付にご提出ください。

特別養護老人ホーム あいのうら