



新型コロナウイルス感染症確認票

新型コロナウイルス感染症対策として、病児保育室利用にあたり、感染確認検査が必須となりました。

また、下記の問診票欄にご回答いただいた上で、病児保育室のご利用の可否を判断させていただきます。感染拡大防止のため、ご理解・ご協力をお願いいたします。

※児童の症状につきましては、分かる範囲で結構です。

実施施設 ()		
検査実施日 令和 年 月 日		
新型コロナウイルス検査 結果 ()		
検査法 (PCR	抗原検査 その他)
	児 童	家 族
1. 発熱 (37.5℃)	(あり ・ なし)	(あり ・ なし)
2. 咳	(あり ・ なし)	(あり ・ なし)
3.息苦しさ	(あり ・ なし)	(あり ・ なし)
4.倦怠感	(あり ・ なし)	(あり ・ なし)
5.味や匂いを感じない	(あり ・ なし)	(あり ・ なし)
6.2 週間以内に 1~5 の症状がある方との接触	(あり ・ なし)	(あり ・ なし)
7. 渡航歴のある方や府外の方との接触	(あり ・ なし)	(あり ・ なし)
8. コロナ感染者との接触または濃厚接触者との接触	(あり ・ なし)	(あり ・ なし)
9. 2 週間以内に海外や府外への移動又は滞在	(あり ・ なし)	(あり ・ なし)
10. 10 人以上が集まる場所への滞在	(あり ・ なし)	(あり ・ なし)
11. 家族以外との会食	(あり ・ なし)	(あり ・ なし)
12.保育園等で流行している疾患	()	
13. 保育園等の休園等状況	(園名:)	クラス:)
14.病児保育室を利用する旨を職場に伝えていますか。	(はい ・ いいえ)	

令和 年 月 日 署名 _____