

【 FAX 申込書 】

鶴岡市障害者相談支援センター行き（添書不要）

FAX 番号 0235-25-2476

申込日 令和3年 月 日

参加者	
住 所	
連絡先 (日中連絡がつく番号)	
お子さんの年齢	歳

「新型コロナウイルス感染予防対策質問票」

氏名 ()

ご本人又はご家族に以下のような症状がありますか。

1	今日の体温は何度でしたか。	℃	
2	2週間以内に、県外地域や諸外国への往来はありましたか。	ない	ある <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
3	2週間以内に、見学地域や諸外国へ往来した方と接触はありましたか。	ない	ある <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
4	(あると回答の方) 往来地域はどこですか。		
5	2週間以内に、新型コロナウイルスの患者やその疑いがある患者(同居者・職場内での発熱含む)と接触はありましたか。	ない	ある <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
6	2週間以内に、37.5℃以上の発熱はありましたか。	ない	ある <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
7	現在、次の症状はありますか。ある方は症状に○をつけてください。 風邪症状：発熱 のどの痛み 咳 全身倦怠感(だるさ) 消化器症状：下痢 嘔気 嘔吐 その他：味覚障害 嗅覚障害	ない	ある <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族