

ショートステイご利用者様・ご家族様へ

※ 感染症(インフルエンザ・ノロウィルス・皮膚疾患等)予防の為、

下記の問診票記入にご協力をお願いします。

お名前	生年月日	年齢	利用日
様	T 年 月 日 S	歳	/ () / ()

※ 近日の体調についてお尋ねします。

本日の体温	度	分
-------	---	---

該当症状に○を付けてください。
熱・咳・鼻汁・頭痛・喉の痛み・倦怠感 体(関節等)の痛み・腹痛・下痢・嘔吐 発疹・痒み(部位:)

その他、気になる症状や普段と異なる症状がございましたら、ご記入してください。 又、服薬変更や処置方法等、看護師へ伝えたい事がございましたらあわせて ご記入ください。
--

()
