ファミリークラス　問診票

新型コロナウイルス感染防止のため、問診票の記載をお願いします。
以下の項目をチェックし、「はい」もしくは「いいえ」を〇で囲んで下さい。

1. 1週間以内に、新型コロナウイルスに感染もしくは感染が疑わしい状態ではない。	はい・いいえ
2. 1週間以内に、新型コロナウイルス感染者もしくは感染が疑わしい人との接触がない。	はい・いいえ
3. 同居者に発熱あるいは咳（呼吸器症状）のある人がいない。	はい・いいえ
4. 発熱（37.5°C以上）がない。　（来院時体温：　　°C）	はい・いいえ

日時	体温	咳・咽頭痛・鼻水	下痢・嘔吐	その他（頭痛・倦怠感等）
月　日	°C	有・無	有・無	有（　　）・無
月　日	°C	有・無	有・無	有（　　）・無
月　日	°C	有・無	有・無	有（　　）・無
月　日	°C	有・無	有・無	有（　　）・無
月　日	°C	有・無	有・無	有（　　）・無
月　日	°C	有・無	有・無	有（　　）・無
月　日	°C	有・無	有・無	有（　　）・無
月　日	°C	有・無	有・無	有（　　）・無
月　日	°C	有・無	有・無	有（　　）・無
月　日	°C	有・無	有・無	有（　　）・無
月　日	°C	有・無	有・無	有（　　）・無
月　日	°C	有・無	有・無	有（　　）・無
月　日	°C	有・無	有・無	有（　　）・無
月　日	°C	有・無	有・無	有（　　）・無

※ファミリークラスを受講される方は<u>1週間以上</u>の連続した問診票の記載が必要です。同席される方がおられる場合は、妊婦さんと同席者の方、2名分の問診票の提出をお願いします。
※来院時37.5°C以上の発熱、「いいえ」「有」の項目が1つでもある場合は、ファミリークラスの参加はできません。

以上のことに相違ありません。
令和　　年　　月　　日
自筆：　　妊婦名：　　（続柄：　　）
確認スタッフ