

静岡県立こども病院 アレルギー教室参加者問診票

1) ご本人あるいは同居家族の方で、この1週間以内に37.5℃以上の発熱がありましたか？

はい いいえ

2) ご本人あるいは同居家族の方に新型コロナウイルス感染症の方と接触がありましたか？

はい いいえ

3) ご本人あるいは同居家族の方が2週間以内に静岡県外に移動しましたか？

はい いいえ

4) ご本人あるいは同居家族の方が2週間以内に海外から帰国しましたか？

はい いいえ

5) ご本人に現在当てはまる症状を全てチェックしてください

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> せき | <input type="checkbox"/> 鼻水 |
| <input type="checkbox"/> のどの痛み、違和感 | <input type="checkbox"/> 味、匂いの異常 |
| <input type="checkbox"/> ふしぶしの痛み | <input type="checkbox"/> 強いだるさ(倦怠感) |
| <input type="checkbox"/> 目やに | <input type="checkbox"/> 嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 発疹 |

6) 周囲で流行している感染症はありますか？

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 水ぼうそう | <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 |
| <input type="checkbox"/> はしか | <input type="checkbox"/> インフルエンザ |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

記入日 令和 年 月 日

氏名 _____

上記 1)~6)の設問に「はい」またはチェックが入る場合は参加をご遠慮願います
申し込みを済ませている方は予め 054-257-6251 までご連絡ください