

病児デイケア「ままのて」利用確認書

病児デイケア「ままのて」のご利用を希望される場合は、必ず野尻医院を前日の17：30までに受診してください。以下を記入し、受診前に受付に提出をお願いします。

※土曜日の診察は午前中のみです。

記 入 日	令和 年 月 日 ()
記 入 者 名	続柄 ()
利 用 希 望 日	令和 年 月 日 ()
ふりがな	
利 用 児 名	(年 月 日生)

以下の質問にお答えいただき、□にをお願いします。

NO	はい	いいえ	質 問 内 容
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	利用児または同居のご家族、親族の関係者などの中に新型コロナウイルスの感染者または濃厚接触者はいない
			どなた?いつ?など ()
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	二週間以内に、利用児または同居の家族が県外への移動・滞在歴がない
			どなたが?いつ?どこに?など ()
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	二週間以内に、利用児または同居の家族が県外への移動・滞在歴がある方と密閉した空間で過ごすなどの濃厚接触がない
			どなたが?いつ?どこに行った方と?など ()
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	同居の家族に二週間以内に発熱などの体調不良の症状がない
			どなたが?いつ?どのような症状? ()
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	利用児は咳が出る
			いつから? ()
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	利用児は熱がある
			いつから? ()
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他、気になる症状がある
			どんな? ()

1～4にいいえにがある場合は原則としてご利用を控えていただきます。

ご了承ください。

— ご協力ありがとうございました。受付に提出し、診察までお待ちください。 —

医療法人 野尻医院 病児デイケア「ままのて」