

(日付：)

氏名 _____

平熱 : °C

受付時の体温: °C

入館時確認票

入館時に下記項目の御記入をお願いしております。新型コロナウイルス感染拡大防止のため、御理解・御協力をお願いいたします。

以下の該当するものに○をつけてください。

- | | |
|--|--------------|
| 1. 本日を含めて2週間以内に発熱症状、咳、喉痛み、倦怠感、味覚・嗅覚異常等がありましたか。 | (はい ・ いいえ) |
| 2. 2週間以内に新型コロナウイルス感染症やその疑いのある方との接触がありましたか。 | (はい ・ いいえ) |
| 3. 2週間以内に感染流行地域への行き来がありましたか。 | (はい ・ いいえ) |
| 4. 同居中の家族等に、1～3に該当する人はいますか。 | (はい ・ いいえ) |

※ 緊急連絡先

保護者氏名	携帯電話番号