

# 感染症チェックリスト

日付(西暦)	氏名	チェックイン予定日
年 月 日		月 日

ドナルド・マクドナルド・ハウスでは、ご利用者、ボランティア、スタッフ全てにあらかじめ質問票を記載していただき、ハウス内での感染予防に努めています。尚、チェック項目の回答によりご利用出来ないことがあります。ご理解ご協力の程、よろしくお願いいたします。

日付	利用者サイン
月 日	

## 体調管理

※該当する欄にチェックを入れて下さい

過去10日間において		はい	いいえ
	咳などの症状はありましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息苦しさを感じたことはありましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	下痢の症状はありましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	体のだるさを感じたことはありましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	発熱（37.5度以上）はありましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	通常とは異なる体調の変化はありましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過去5日間において		はい	いいえ
	コロナ感染の疑いのある人と接触しましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	風邪の症状がある人と接触しましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 生活様式

その他		はい	いいえ
	過去2週間において、海外に渡航されましたか？（された場合、いつ？どこへ？）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ハウスまでどのような交通機関で移動されますか？（交通機関名を記入してください）		

