

福岡県こども療育センター新光園を利用されている皆様へ

新型コロナウイルス感染対策へのご協力のお願い

利用者ご本人・付き添いの方を含めて、下記の8項目のうち、今日の時点で当てはまる項目があった場合は、□にチェック（✓）をお願いします。尚、下記の項目のいずれかにチェック（✓）が入った場合は、スタッフが詳細を確認し、本日の受診・来所をお断りする場合がありますので、ご了承ください。ご理解、ご協力をお願いします。

- 体温が37.5℃以上（または平熱より1℃以上高い）。
- 強いだるさや呼吸器症状（激しい咳、息苦しさ）、消化器症状（吐き気、嘔吐、下痢）がある。
- 同居しているご家族に発熱、強いだるさや呼吸器症状（激しい咳、息苦しさ）、消化器症状（吐き気、嘔吐、下痢）がある。
- 当日は体調が良くても、過去7日以内に37.5℃以上（または平熱より1℃以上高い）の発熱があった。
- 本人または家族・同居者が過去14日以内に新型コロナウイルスのPCR検査を受けた。
- 本人または家族・同居者と交流のある人（友人、同僚など）が過去14日以内に新型コロナウイルスPCR検査で陽性となった、または自宅待機中である。
- 本人または家族・同居者が通っている施設・学校・職場などで、新型コロナウイルス感染者が発生し、業務を停止している。
- 過去14日以内に感染流行地域（国内、国外）への往来があった。

利用日：令和____年____月____日

本日の予定（○で囲んでください）

整形外科 ・ 小児科 ・ 児童精神科 ・ 歯科 ・ 訓練 ・

わくわく ・ 病棟（面会など） ・ その他

利用者氏名 : _____

付き添い者氏名 : _____

提出先	<u>□にチェック（✓）が付いた場合</u>	→ 外来看護師
	<u>同じ日に外来診療と訓練などがある場合</u>	→ 最初に利用する所に提出してください
	外来診療、その他	→ 外来看護師
	訓練（まんまくらぶを含む）	→ 担当療法士
	病棟（面会など）	→ 病棟看護師