

## 新型コロナウイルスに関する問診票

お名前（ \_\_\_\_\_ ）

通学・通園先（ \_\_\_\_\_ ）

該当する項目にチェックをお願いいたします。

- コロナ感染者や濃厚接触者と（2週間以内に）接触がある
- コロナによる休校が（2週間以内に）あった
- 同居家族に（1週間以内に）風邪症状がある
- 上記に該当なし

→該当項目について詳しく教えてください。また、他に何か報告すべきことがあればお書きください。

ご協力ありがとうございました。

