

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の症状チェック（個人用）

このフォームは、来院する方が新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の症状がないこと、そして、他の人へのリスクが限定的であることを確認するための書面です。

下記質問①②④のいずれかに「はい」と回答した方は、受診できません（自宅に待機し、各都道府県の帰国者・接触者相談センター、保健所等の相談窓口へ連絡し、指示に従う必要があります）。

■記載日： 2022年 月 日

■保護者氏名： _____ フリガナ： _____
 学校生氏名： _____ フリガナ： _____

■保護者連絡先： TEL： _____
 E-Mail： _____

- ① 現在、保護者またはお子様（学校生）が、新型コロナウイルス感染症（COVID19）と診断されていますか？
- はい いいえ
- ② 現在、保護者またはお子様（学校生）が、新型コロナウイルス感染症（COVID19）の濃厚接触者と認定されていますか？
- はい いいえ
- ③ この14日間に、保護者またはお子様（学校生）が、以下のような症状がありましたか？
- | | | |
|---------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ・高熱（37.5℃以上） | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・咳が連続的に出るようになった | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・不明な息苦しさを感ずるようになった | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・嗅覚、味覚の異常を感ずるようになった | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
- ④ ③で「はい」と答えた方にお伺いします。
- | | | |
|--------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ・医療機関を受診していない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・PCR検査の結果、陽性判定であった | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

上記質問①②④のいずれかに「はい」と回答した方は、受診できません（自宅に待機し、各都道府県の帰国者・接触者相談センター、保健所等の相談窓口へ連絡し、指示に従う必要があります）。

2022年度 RSA スクール検診 問診票

問診票記載日: 2022年 月 日 記載者: 父・母・他(スクール生との関係)

必要時希望連絡先(電話番号)

以下スクール生に関して

氏名: 男・女 生年月日: 西暦 年 月 日

校名: 学年:

以下いずれかの項目該当の場合、合宿時など適宜保護者から学年主任コーチへお知らせください

① 外傷の既往歴(骨折・脱臼 etc.)

なし あり

→『あり』の場合 i)受傷日/ii)診断名/iii)治療内容(手術・ギプス・その他)/iv)通院先/v)外傷の現状 など下記に記入

② かかったことのある 又は 現在治療中の病気(喘息など)

なし あり (病名 かかりつけ医療機関名)

③ アレルギー(食物 etc.)

なし あり (具体的に)

④ 日頃の使用薬

なし あり (薬剤名)

⑤ 心臓病の問診(該当すれば丸をつけてください)

失神・めまい・息切れ(チームメイトより疲れやすい)・高血圧・糖尿病・動悸がする

胸が痛い または 圧迫される・近親者に50歳以下で突然死した人がいる

⑥ その他(何かあれば記載ください)

【検尿】 蛋白 (-) (+++++) 糖 (-) (+++++)
潜血 (-) (+++++) pH 4 5 6 7 8 9 WNL / 所見
【聴診】 WNL / 所見 【コメント】