

体調確認書 下記にご記入の上、健診アンケートと一緒に受付にお出してください。

会場が東浅川保健福祉センターの方は、入館時に入口で「体調確認書」をお出してください。
(出入口は正面のみとなります)

- ・ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、発熱や咳などのかぜ症状のある方、味覚や嗅覚の異常がある方、体調のすぐれない方は、来所を控えてください。
- ・ 来所の際、付き添い者の方はマスクの着用をお願いします。また、お子さん一人につき、保護者一人の付き添いで来所にご協力をお願いします。
- ・ ご自宅でお子さん及び付き添い者の方の検温をお願いします。

お子さんの名前			お子さんの 生年月日	平成・令和	年	月	日	
付き添い者名			続柄	母	父	祖母	祖父	その他()
付き添い者電話番号	(携帯)		(自宅)					
健康状態	お子さん	良好		その他()		体温 _____		
	付き添い者	良好		その他()		体温 _____		
右記の内容にご理解・ご協力をお願いします。	1. 健診終了後2週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、保健福祉センターに速やかに報告してください。							
確認した場合は、レ点をお付けください。	2. 健診会場で感染者と濃厚接触したことが判明した場合には、保健福祉センターからご連絡いたしますので、保健所等が行う追跡調査等にご協力ください。							
来所日	令和	年	月	日	・3～4か月児健診 ・1歳6か月児健診 ・3歳児健診 ・経過観察健診、発達健診 ・幼児歯科健診 ・その他()			