

おためし住宅利用にかかる問診票

記載日：令和 年 月 日

氏名		
住所		
電話番号	(自宅)	(携帯電話)
メールアドレス		

新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、以下の質問のうち1つでも「はい」がある場合は、外出を控えてください。

ご迷惑をお掛けいたしますが、ご理解・ご協力をお願いいたします。

(はい・いいえ)に○印をつけて下さい。

①	発熱(37.5℃以上) 体温(℃)	はい	いいえ
②	のどの痛み・鼻水・咳・痰	はい	いいえ
③	息苦しさ・強いだるさ(倦怠感)	はい	いいえ
④	味・臭いがわかりにくい	はい	いいえ
⑤	吐き気・嘔吐・下痢	はい	いいえ