

事前質問票

記入日	年 月 日
ふりがな	
保護者名	
住所	〒
電話番号（携帯）	

① 喉の痛み・咳や痰などの風邪の症状はありますか？

(はい ・ いいえ)

② 本日は 37.5℃以上の発熱はありますか？

(はい ・ いいえ)

③ 1週間以内に同居家族に濃厚接触者や陽性者となる方がいますか？

(はい ・ いいえ)

*1つでも「はい」があれば、教室参加及び園見学は出来ません。ご了承下さい。

*保存期間が過ぎましたら適正に処理させていただきます。