

健診

体調確認票

日付 年 月 日 お名前 様

新型コロナウイルス感染症予防対策として、下記内容をご確認いただき、

回答欄の当てはまる方に○印をつけてください

受診当日に、受付スタッフへご提出いただきます

質問事項		回答欄	
1	10日以内に37.2℃以上の発熱があった あるいは解熱剤を服用した(薬剤名:)	はい	いいえ
2	10日以内に風邪症状(咽頭痛、咳、痰、鼻水・鼻づまり等)や、息苦しさ、強いだるさがあった	はい	いいえ
3	10日以内に頭痛、関節痛、筋肉痛があった	はい	いいえ
4	10日以内に急ににおいがしなくなった、味が分からなくなった	はい	いいえ
5	10日以内に下痢、嘔気・嘔吐があった	はい	いいえ
6	7日以内に新型コロナウイルス感染症の患者やその疑いのある者、濃厚接触者と接触歴がある(同居者や職場内に発熱者がいた場合を含む)	はい	いいえ
7	7日以内に新型コロナウイルス感染症患者に濃厚接触の可能性があり、待機期間内である(自主待機も含む)	はい	いいえ
8	7日以内に、PCR検査、抗原検査を受けたことがある	はい	いいえ
9	新型コロナワクチンを6ヶ月以内に接種しておりますか	はい	いいえ
10	接種されたのはいつ頃でしょうか	(月)	
11	接種された部位はどちらでしょうか	左腕	右腕
※新型コロナワクチンを接種された時期によっては健康診断に結果に影響が出る可能性がございますので、上記9~11のご回答をお願いします。			

※上記1~8に該当する方につきましては大変申し訳ありませんが、本日の人間ドック、健康診断等のご利用を延期させていただきますのでご了承ください。受診日の変更をお願いいたします

現況をご考慮の上、医療機関での厳格な運用となることに何卒ご理解とご協力をお願いいたします

.....受診される皆様へのお願い.....

- ご自宅から不織布マスクの着用**をお願いします
布マスク、ウレタンマスク等不織布マスク以外でご来院の際は当クリニックでご購入いただきます
- 院内ではスタッフからの**指示があるまでマスクを外さない**ようお願いいたします
- 受付時間を厳守**してください
受付時間よりも**10分以上早くご来院された場合、時間まで入館を制限**させていただく場合がございます
- 当日、入館前に検温させていただきます
- 施設への入館時、退館時、健診中には適宜、手指消毒**をお願いいたします