

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	2週間以内に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	2週間以内に風邪症状(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	2週間以内に頭痛、関節痛、筋肉痛があった	はい	いいえ
4	2週間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	2週間以内に下痢、嘔気・嘔吐があった	はい	いいえ
6	2週間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	2週間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	2週間以内に諸外国への渡航歴、またはクラスターが発生した施設やイベ ントに行った(例:ライブハウス、ジム、介護施設、カラオケ、会食等)	はい	いいえ
9	2週間以内に、PCR検査、抗原検査を受けたことがある	はい	いいえ

※上記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.....

- ご自宅からマスクの着用をお願いします
- 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5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
(ハンドソープによる手洗い、アルコール消毒)