

新型コロナウイルス感染防止のための問診票

受診者の皆様に安心安全な医療を提供するための問診票となります。
該当項目によっては、担当医の判断にて本日の健診を中止する場合がございますがご理解、ご協力の程よろしくお願いいたします。

※当日体調が優れない方、あるいは、1週間以内に海外から帰国された方は健診を延期し、別日でのご予約をお願い致します。

来院日	年 月 日	↓体温のご記入は不要です	
お名前		体温	℃

該当する項目にチェック () し、を必要事項を記載してください。

○10日以内に下記症状が始まりましたか？花粉症など10日以上前から出ているものは除いてかまいません。

該当する症状のある方は、健診受診日を延期するか、同日発熱外来を受診、新型コロナ陰性を確認後(検査費用は行政検査にて無料となりますが、診察代その他は通常の保険診療で有料となります)の健診受診となります。ただし、肺機能、内視鏡、胃レントゲン検査等マスクを外す検査のある場合、必ず延期になります。

発熱 (37.5℃以上) 咳 のどの痛み 鼻水 鼻づまり 息苦しい

その他 ()

上記症状が発生した日： 月 日～ 月 日

上記の症状に関し検査をされましたか()

○1週間以内に新型コロナウイルス感染者と一緒にいたことがありますか？

いいえ はい (場所 接触日 年 月 日)
感染者との関係 (家族・職場・知人・その他)

○過去に新型コロナウイルスに感染された方のみにお伺いいたします。
発症後10日経過していらっしゃいますか？

はい いいえ

○新型コロナワクチン接種について、どちらかに丸をお付けください。

一回目 接種 済 未
二回目 接種 済 未
三回目 接種 済 未

その他気になることありましたらご記入ください。