

## ご来院の皆様へ

新型コロナウイルス感染症の流行に際し、当院では万全の感染対策を行っております。

皆様が安全にご受診頂くと共に、感染拡大防止のため下記にご記入いただきますよう宜しくお願いします。

- ① 7日以内に37.5度以上の発熱がありましたか？ (有 : 無)  
有の方へ (発熱日: 月 日 体温: 、 °C 日間)
- ② 咳・痰・息切れ (2週間以内に出現したもの) (有 : 無)
- ③ 味覚・嗅覚異常 (2週間以内に出現したもの) (有 : 無)
- ④ 下痢・吐き気・嘔吐 (2週間以内に出現したもの) (有 : 無)
- ⑤ 咽頭痛・頭痛・鼻水 (2週間以内に出現したもの) (有 : 無)
- ⑥ 7日以内に海外へ渡航されましたか？ (有 : 無)  
有の方へ (渡航地 帰国日 月 日 )
- ⑦ 10日以内に新型コロナウイルス感染者やその疑いのある方と接触がありましたか？ (有 : 無)
- ⑧ 新型コロナウイルスに感染したことがありますか？ (有 : 無)  
有の方へ ( 年 月 日 ~ 月 日 )
- ⑨ コロナワクチンを接種しましたか？ (有 : 無)  
有の方へ ( 1回目 / 2回目 / 3回目 / )

本日の体温 \_\_\_\_\_ °C

ご来院時体温 \_\_\_\_\_ °C

**上記項目に、1つでも該当された方は受診延期となる場合がございます。**

### 【 同 意 書 】

健診を実施するにあたり、感染防止に万全を期して行っていますが、新型コロナウイルス感染症は無症状感染例も報告されています。診察室・各検査室・待合室等でウイルスに暴露してしまう可能性もあります。

以上をご理解・ご了承いただき下記にご署名をお願いいたします。

**健診を受診することに同意します。**

年 月 日 氏 名 \_\_\_\_\_