

# 健康診断受診者の皆さまへ

当院、健診センターでは新型コロナウイルス感染症の予防のため、入館制限を設けております。

健診当日、下記の項目に該当する方は**原則として受診をお断りさせて**いただいております。

ご理解・ご協力をお願い致します。

該当する方は、**受診を控えていただき、来院せずにお電話での日程変更**

をお願いいたします。

年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_

体温： \_\_\_\_\_

※該当する□へチェックをしてください。

【1】新型コロナウイルス感染症感染したことがありますか はい いいえ

上記ではいの方へ、行動制限解除はされましたか はい いいえ

【2】**1週間以内**の状況について

①37.5 度以上の発熱、またはいつもより体温が高い はい いいえ

②のどの痛み、咳、風邪症状、強い倦怠感 はい いいえ

③食欲不振、嘔吐、下痢 はい いいえ

④味覚異常、嗅覚異常の低下 はい いいえ

⑤新型コロナウイルス感染症の濃厚接触になった はい いいえ

⑥新型コロナウイルス感染症疑いがある者と接触歴がある はい いいえ