

新型コロナウイルスに関する確認書

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、健診当日の朝に記入をお願いいたします。

1項目でも該当する場合は、受診をご遠慮いただきますので、お早めに当健診センター(TEL03-3293-1701)へご連絡ください。日程変更に関しては、2週間後以降のご予約となります。

- | | 有 | 無 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ① 発熱(平熱より高い体温、あるいは体温が 37.5℃以上を目安とする。)の症状 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 過去2週間以内に発熱(同上)の症状 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 感冒症状、呼吸器症状、消化器症状、味覚障害・嗅覚障害の症状 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ 2週間以内に、諸外国への渡航歴
または、それらの方と家庭や職場内等で接触歴 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑤ 2週間以内に、新型コロナウイルスの患者やその疑いがある患者(同居者・
職場内での発熱含む)との接触歴 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑥ 新型コロナウイルスの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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

年 月 日

ご署名 _____

※健診当日、受付へご提出ください。