

新型コロナウイルス感染症に関する確認票

※健診日当日にご記入下さい

2020年10月8日時点

該当する項目に○印をお願い致します。
「はい」に○のある方は感染リスクの度合いに応じて、健診の延期または一部の検査が中止になる場合があります。

1	のどの痛み、咳、頭痛などの風邪症状、臭いや味がわからない。	はい	いいえ
2	37.5℃以上の発熱があった（健診前2週間～本日）	はい	いいえ
3	2週間以内に新型コロナウイルスに感染した、または新型コロナウイルス感染症患者・濃厚接触者との接触歴がある。	はい	いいえ
4	健診の2週間以内に県外、国外への渡航歴がある。	はい	いいえ
5	2週間以内にクラスターの発生した施設内へ入るまたは利用した。	はい	いいえ
6	2週間以内に会食で飲食店、またはカラオケ等の商業施設を利用した。	はい	いいえ

上記の記載に相違はございません。

2020年 月 日 氏名：

来院時の体温（ °C）

マスク着用

※県の感染レベルに応じて確認項目が変更になる場合があります。来院時はホームページでご確認ください。

※マスク着用がない場合は入館できませんのでマスク着用をお願い致します。
（フェイスシールドのみ不可）

※肺機能検査を感染リスクを考慮して一時中止しています。

※感染の防止の為、当面の間雑誌の設置やブランケットの貸し出しを控えておりますので、必要な方はご持参ください。