

## 新型コロナウイルス感染症対策に関する質問表

※当院では新型コロナウイルス感染症への対策として、皆様に以下の項目に関してお伺いし  
ご理解とご署名をお願いしております。(ご記入の上、当日ご持参下さい)

## 1. 健診当日の体調に関する項目

喉の痛み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
咳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※次の方は除きます。□喘息の方 □喫煙により通年咳がある方
痰	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
鼻汁、鼻閉	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※次の方は除きます。□季節性・通年性アレルギー性鼻炎の方
頭痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※次の方は除きます。□もともと頭痛のある方
関節痛、筋肉痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※次の方は除きます。□原因が明らかな関節痛、筋肉痛の方
呼吸困難	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
普段より疲れやすい、倦怠感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
味覚や嗅覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
4・5日続く下痢や、嘔気、嘔吐	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
2週間以内に37.5℃以上の発熱	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※ありの方 ( 日 前)
本日の体温をご記入ください。→	_____℃	
本日の体温は、普段より高いですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	1.の項目に該当する症状がある方は 当日の健診をお受け頂けません。 ※日程変更の調整のため お早目にご連絡ください。

## 2. 感染の可能性(ウイルス保持)に関する項目

①2週間以内に、感染者が増加している地域や、海外に行かれましたか？

はい いいえ

→ { 国内：県・市名 ( ) 期間 ( 月 日 ~ 月 日 )  
外国：国名 ( ) 帰国日 ( 月 日 ) }

②2週間以内に、「帰国者」や「帰国者と接触した方」、「感染増加地域から来られた方」との接触がありましたか？

はい いいえ ※はいの方 接触日( 月 日) 場所や状況( )

③2週間以内に、「感染者や感染疑いの方」や「その方と接触した方」との接触がありましたか？

はい いいえ ※はいの方 接触日( 月 日) 場所や状況( )

④2週間以内に、大規模なイベント、ライブハウス等の人の多いお店や、接待を伴う外食店に行かれたことがありましたか？

はい いいえ

2.の項目に☑はいがある方は、感染リスクの高い検査を当日はお受け頂けません。※詳しくは裏面をご覧ください。

⇒  
裏面  
へ

## 3. 新型コロナウイルス感染の既往に関する項目

①新型コロナウイルスに感染したことがありますか？

はい いいえ

※☑はいと回答された方は、裏面の設問3へお進みください。

⇒  
裏面  
へ

※上記の項目に該当しない場合は、現在の感染・拡散の可能性は低く、標準的な感染防護策の上で健診を実施致します。

※皆様に問診にご協力頂きましたうえで、適切な防護、換気、消毒など対応を致します。

しかしそれでも、今回の受診中に新型コロナウイルスに暴露、感染される危険はあり、100%安全とは言い切れませんので、健診日の延期、変更も可能です。

※高齢者、糖尿病・心不全・呼吸器疾患などの基礎疾患のある方や、透析、免疫抑制剤、抗がん剤治療中の方にも、危険性と受診延期などのご考慮をお願いしております。

※以上をご理解頂きましたら、下記へのご記入とご署名をお願い致します。

◎上記感染の危険性に関して、理解したうえで、本日受診します。 はい いいえ

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_ご署名

2. 感染の可能性（ウイルス保持）に関する項目に、はいがある方

※次の通りご対応をお願いします。

「胃カメラ検査」をお申込みの方	健診当日は胃カメラ検査をお受け頂けません。 <u>お早目にご連絡ください。</u>
「胃バリウム検査」をお申込みの方	健診当日に感染対策の上、胃バリウム検査をお受け頂くことは可能です。ただし注意事項がありますので、 <u>お早目にご連絡ください。</u> また、お受け頂けない場合もございます。ご了承ください。
「肺機能検査」をお申込みの方	健診当日は肺機能検査をお受け頂けません。 <u>日程変更をご希望の場合は、お早目にご連絡ください。</u>

3. 新型コロナウイルス感染の既往に関する項目に、はいがある方

※新型コロナウイルスに感染したことがある方のみ、次の設問にご回答ください。

○発症日はいつですか？ \_\_\_\_\_ 年 月 日

○新型コロナウイルスへの感染の治癒について、該当するものにチェックしてください。

- |                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 発症日から10日間経過し、症状軽快後72時間経過している。 |
| <input type="checkbox"/> | 10日以上経過し、PCR検査2回にて陰性が確認されている。 |

いずれかにがある方は、おもて面の注意事項をよくお読みになり感染の危険性を理解した上で、枠内にご記入、ご署名をお願いします。

- |                          |                |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 上2つのどちらにも該当しない |
|--------------------------|----------------|

こちらにがある方は、感染が否定できないため、当日の健診をお受け頂けません。※日程変更の調整のため、お早目にご連絡ください。