

新型コロナウイルス等感染症 感染拡大防止のための確認書

**感染者が増加しています。クラスター発生防止のため、正しく回答をしてください。
皆さまに安心してご受診いただけますよう、ご協力お願い申し上げます。**

● 下記の項目を確認し、該当する項目にチェック（）し、必要事項をご記入ください。

※該当しない項目にはチェックをしないでください。

- 1) 過去 2 週間以内に海外渡航歴がある 国名：
滞在期間： 月 日 ~ 月 日 帰国日： 月 日
- 2) 同居人に過去 2 週間以内の海外渡航歴がある 国名：
滞在期間： 月 日 ~ 月 日 帰国日： 月 日
- 3) 職場などで、過去 2 週間以内に海外渡航歴がある人と接触した
接触した際の状況（距離・時間等）：
- 4) 過去 2 週間以内にコロナウイルス陽性になった人と接触した
接触した日と接触した場所 月 日 場所：
- 5) 過去 2 週間以内に、保健所からコロナウイルス濃厚接触者と指定された
- 6) 同居する人に、自宅隔離を要請された人がいる
- 7) 過去 2 週間以内のご自身の症状について項目にチェック（）してください
 - 発熱（37.5℃以上） 強い倦怠感 せき 息苦しい
 - のどの痛み におい・味がわからない 下痢・嘔吐がある（1 週間以内・数日間続くもの）
 - からだに発疹が出ている 眼の充血がある（眼が赤い、かゆみがある）
 - 慢性的な症状（せき・鼻炎等）が増悪している、または増悪傾向にある

* 症状が発生した日： 月 日
- 8) 過去 2 週間以内に、3 密環境、密閉している環境（換気の悪い空間に20分以上居た）、密接・密着する環境（家族以外の複数人で会食をすることがあった）、または疑わしい場所、クラスターが発生した場所を利用した
⇒政府や自治体等が推奨する“感染防止対策”を講じていない施設、場所等

**※人間ドック受診前（最低 2 週間）は、下記施設のご利用をご遠慮くださいますようお願い申し上げます。
クラスターが発生した場所、クラスターが発生する可能性が高い場所（カラオケ、スナック、劇場、ジム 等）**

上記の項目すべてに該当しません 記入日（受診日）： 月 日

氏名：

**※受診日当日の問診により、人間ドックをご受診いただけない場合がございます。
※また、医師の判断により、検査を制限したうえでクイックコースへ変更させていただく場合がございます。**

- 該当する項目がない場合 受診日当日に、この確認書をご持参ください。併せて、必ずマスクの着用をお願いします。
- 該当する項目がある場合 下記、予約センターへご連絡をお願いします。
予約の変更は、1か月経過以降の受診日に変更の手続きをお願いします。
予約センター：045-274-1009 平日 12:30~16:00

※職員記入欄
受診日； 月 日 来院時間； : 体温； °C サイ