

## 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

**以下の項目に該当する方は、当面の間、受診をお断りしております。**

感染拡大防止のため、体調が回復してからご受診ください。ご理解、ご協力のほどお願い申し上げます。

下記の1～8の確認事項について、チェック欄の [いいえ・はい] に "○" をしてください。

該当する項目がある場合は、チェック (  ) または必要事項をご記入ください。

チェック欄		確認事項
いいえ	はい	1) いわゆる風邪症状が持続している、何らかの体調不良を感じている
いいえ	はい	2) 過去2週間以内に以下の症状がある方は、項目にチェック ( <input type="checkbox"/> ) してください <input type="checkbox"/> 発熱 (37.5℃以上、または平熱より高い体温) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、鼻づまり <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 (息苦しい) <input type="checkbox"/> 関節・筋肉痛 (発熱による) <input type="checkbox"/> におい・味がわからない <input type="checkbox"/> 下痢・嘔気・嘔吐がある (1週間以内・数日間続くもの) <input type="checkbox"/> からだに発疹が出ている <input type="checkbox"/> 眼の充血がある (眼が赤い、かゆみがある) <input type="checkbox"/> 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 <span style="float: right;">症状発生日:        月        日頃</span>
いいえ	はい	3) 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
いいえ	はい	4) 2週間以内に海外渡航歴がある方と家庭や職場内等で接触歴がある
いいえ	はい	5) 2週間以内に新型コロナウイルス陽性者やその疑いのある方 (同居者・職場内での発熱含む) と接触歴がある
いいえ	はい	6) 新型コロナウイルス陽性者に濃厚接触の可能性があり、待機期間中 (自主待機含む) である
いいえ	はい	7) 新型コロナウイルスに感染したあと、厚生労働省の定める退院基準・宿泊療養および自宅療養等の解除基準を満たしていない
いいえ	はい	8) 2週間以内に、「3つの密」となる環境や場所にいた ①密閉している環境 (換気の悪い空間) に30分以上いた。②密集・③密接する環境 (家族以外の大人数での会食やマスクなしで大声を出すなどの大規模イベント) にいた。 ⇒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、状況等
<b>新型コロナワクチン3回目接種について</b> <input type="checkbox"/> 接種済み (        月        日) <input type="checkbox"/> 接種予定 (        月        日 / 日未定 ) <input type="checkbox"/> 接種しない		
<b>上記、1)～8) および新型コロナワクチン3回目接種の項目について確認・チェックしました</b> 記入日 (受診日) :        月        日                      氏名: _____		

※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で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

■ 該当する項目がない場合： 受診日当日、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。

※当日朝の問診により、受診を延期していただく場合がございますので、ご了承ください。

※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。

※職員記入欄

受診日；                      月                      日                      来院時間；                      体温；                      ℃                      サイ/