

秋田赤十字病院健康増進センター 受診当日問診票

(新型コロナウイルス感染対策用)

感染予防の観点から、受診当日の体調や行動歴などの質問にご回答くださいますようお願いいたします。**記入後当日持参してください。**

受診日(当院で記入)

ID(当院で記入)

お名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

1. 現在、以下の症状がありませんか？ (☐ 無 ☐ 有)		
*発熱	☐ 無 ☐ 有	(本日の体温 _____ ℃)
*息苦しさ	☐ 無 ☐ 有	*咳 ☐ 無 ☐ 有
*咽頭痛	☐ 無 ☐ 有	*倦怠感 ☐ 無 ☐ 有
*頭痛	☐ 無 ☐ 有	*下痢 ☐ 無 ☐ 有
*嘔気/嘔吐	☐ 無 ☐ 有	
*においがしない/わかりにくい	☐ 無 ☐ 有	
*味がしない/わかりにくい	☐ 無 ☐ 有	
*その他の症状	(_____)	
2. 周囲の体調不良者 ☐ 無 ☐ 有 (誰が: _____ 症状: _____)		
3. 受診日前の10日以内における、あなたの行動歴・接触歴について		
*クラスター発生施設への往来	☐ 無 ☐ 有	(場所: _____ いつ: _____)
*その他の居住地域以外への移動	☐ 無 ☐ 有	(場所: _____)
*人が密集した場所(※)	☐ 無 ☐ 有	(場所: _____)
※例: 同居家族以外の方との会食・カラオケ・ライブハウス・スポーツジム・イベント会場・ナイトクラブ・その他飲食店等		
4. コロナウイルス感染者(または疑い者)との接触		
*コロナの検査を受けた人との接触	☐ 無 ☐ 有	(いつ: _____)
*濃厚接触者または接触者との接触	☐ 無 ☐ 有	(いつ: _____)
*コロナ陽性者との接触	☐ 無 ☐ 有	(いつ: _____)
*あなた自身のコロナ罹患歴	☐ 無 ☐ 有	(いつ: _____)
5. コロナワクチン最終接種日 ☐ 無 ☐ 有 令和 _____ 年 _____ 月頃 (第 _____ 回目)		

上記項目に該当するなど、感染予防の観点から受診に不安をお持ちの方には、受診の延期をお勧めしております。遠慮なくご連絡いただきますよう、お願いいたします。

胃カメラ検査は、特に感染対策に留意して行う検査であるため、受診当日にお話を伺い、感染リスクがあると判断された場合、ご遠慮いただくことがあります。

連絡先 018-829-5220 (平日13:30から16:00)