

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 _____ ID _____

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？ (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) | |
| *発熱 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (本日の体温 _____ ℃) | |
| *息苦しさ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | *咳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| *咽頭痛 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | *倦怠感 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| *頭痛 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | *下痢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| *嘔気/嘔吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| *鼻水/鼻づまり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| *その他の症状 (_____) | |
| 2. 周囲の体調不良者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (誰が: _____ 症状: _____) | |
| 3. 受診日前の7日以内における、あなたの行動歴・接触歴について | |
| * 集団感染 が発生した施設への往来 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (場所: _____ いつ: _____) | |
| * 人が密集した場所 (※) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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・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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (いつ: _____) | |
| * コロナ陽性者との接触 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (いつ: _____) | |
| * あなた自身のコロナ罹患歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (いつ: _____) | |
| 5. コロナワクチン最終接種日 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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)