

秋田赤十字病院健康増進センター 受診当日問診票
※記入後当日持参してください。 (本日の体温 _____℃)

受診日 _____ ID _____

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

I. 新型コロナウイルス感染対策用

新型コロナに罹患された方は、15日間程度の十分な期間をおき
体調が回復してからの受診をお願いいたします。

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。

- ①下記項目に該当するなど受診に不安をお持ちの方は、事前に遠慮なくご連絡ください。
- ②感染リスクがあると判断された場合、特に、マスクを外して行う検査（胃カメラ検査や呼吸機能検査など）に関しては、ご遠慮いただくことがあります。

| |
|---|
| 1. 現在、以下の症状がありませんか？ <input type="checkbox"/> すべてなし |
| *発熱 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし *鼻水/鼻づまり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし |
| *息苦しさ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし *咳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし |
| *咽頭痛 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし *倦怠感 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし |
| *頭痛 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし *下痢 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし |
| *嘔気/嘔吐 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし |
| *その他の症状 (_____) |
| 2. 周囲の体調不良者 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 (誰が: _____ 症状: _____) |
| 3. 受診日前の7日以内におけるコロナ陽性者との接触の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 (いつ: _____) |
| 4. 1か月以内のあなた自身のコロナ罹患歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 (いつ: _____) |

II. その他の感染症

最近または現在のインフルエンザ、急性胃腸炎、带状疱疹、その他の感染。

- なし
あり (いつ: _____ 感染症: _____)

連絡先 018-829-5220 (平日13:30から16:00)

健診当日の朝、体調に不安がある場合には、来院前に上記連絡先にご連絡ください。