2022年４月

ご来院の皆さま

日本赤十字社医療センター
健康管理センター

新型コロナウイルス感染症にかかる確認シート

本日は、当健康管理センターをご利用いただき、誠にありがとうございます。

当健康管理センターでは、新型コロナウイルス感染対策の観点から、ご利用いただく皆さまに以下の項目について確認をお願いしております。万が一、該当する場合は、ご受診いただけない場合もございますので、予めご了承ください。

感染防止対策にご協力いただいきますようお願い申し上げます。

１．検温で、37.5度未満でしたか。　　はい　・　いいえ*

＊「いいえ」の場合は、スタッフにお声がけください。

再検温を行います。（　　度）

２．受診日前７日間以内の症状をお聞かせください。

（1）発熱の有無（37.5℃以上が目安）　　あり　・　なし

（2）せき、息苦しさ、のどの痛み、嗅覚や味覚の異常の有無　　**あり　・　なし

**「あり」の場合は、該当する症状を記載ください。

（症状　　）

また、１ヶ月以上前と比べて悪化していますか。　　はい　・　いいえ

３．新型コロナウイルス感染症の接触歴等に関すること

該当する場合は、該当番号に〇をしてください。

（1）新型コロナウイルス感染症に感染後、厚生労働省の定める退院基準・宿泊療養及び自宅療養の解除基準を満たしていない方、及びその後の検温などご自身による健康状態の確認等を行う期間が終了していない方。

（2）下記のいずれかに合致する方のうち、受診時に厚生労働省が示す待機期間内の方。

・諸外国への渡航歴がある方、及びその方と接触がある方。

・新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者と認定された方（検温などご自身による健康状態の確認等を行う期間を含む）。

（1）～（2）に該当しない場合は、☐内に☑チェックをお願いします。　☐

受診者（記入者）：＿＿＿＿＿＿＿＿

記入日：西暦　　年　　月　　日