

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

この度は、当健康管理センターをご利用いただきまして、誠にありがとうございます。

当医療センターでは、新型コロナウイルス感染対策といたしまして、ご来院の皆さまに以下の確認を行っております。

1. 検温で、37.5度未満でしたか。 はい ・ いいえ いいえの場合のみ、
受付スタッフにお声がけください。検温をもう一度行います。 _____ 度

2. ①受診日前2週間以内に発熱の有無（37.5℃以上が目安）

有 ・ 無

②せき、息苦しさ、のどの痛み、嗅覚や味覚の異常の有無

有 ・ 無（症状 _____）

3. 発熱、せき、息苦しさがある場合1カ月以上前と比べて悪化していますか？

はい ・ いいえ

4. 曝露歴について

以下をご確認いただき、該当する方に✓又は有無に○をお願いします。

(1) 受診前2週間以内に新型コロナウイルス感染症の方又は疑いの方と以下のような接触がある。

- 同居、長時間閉鎖空間で同室
- 2M以内でマスクを装着せず対面で会話、食事等を共にする。

(2) 受診前2週間以内に海外に渡航又は居住の有無 有 ・ 無

(3) 受診前2週間以内に海外に渡航又は居住していた方と接触がある。

- 同居、長時間閉鎖空間で同室
- 2M以内でマスクを装着せず対面で会話、食事等を共にする。

上記(1)～(3)に該当しません。

該当する場合は、受診はご遠慮ください。

記入いただいた方のお名前 _____

記入日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日