

【新型コロナウイルス感染症に関する問診票】

新型コロナウイルス感染症の位置づけが変わりましたが、引き続き受診者と検診施設職員相互の安全確保のため、ご理解とご協力のほど、よろしくお願いいたします。

七 尾 市

No.	質 問	はい・いいえ どちらかに ○を付けてください
①	新型コロナウイルスに感染している方及び新型コロナウイルスに感染した後、厚生労働省の示す感染者の外出を控えることが推奨される期間（※）が終了していない。	はい いいえ
②	現在、風邪症状（発熱、咳、呼吸困難、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁、鼻閉、頭痛）や関節・筋肉痛、下痢、嘔気、嘔吐、味覚障害、嗅覚障害がある。	はい いいえ

※発症日を0日目として5日間、かつ5日目に症状が続いていた場合は、熱が下がり、痰や喉の痛みなどの症状が軽快して24時間程度が経過するまでの期間

上記問診にひとつでも「はい」がある場合は、受診いただけません。

質問②の症状がある方は完治または問題がないことを確認いただいた後、再度お申し込みいただきますようお願いいたします。

【受診に際してのお願い】

- ・受診者と検診施設職員間の感染防止のため、健診会場内では原則として不織布マスクの着用を引き続きお願いいたします。他の受診者への配慮等からマスク着用がない場合は受診をお断りする場合がありますので、ご理解をお願いします。
- ・新型コロナウイルスに感染した場合、他者への感染の心配が無くなった後もしばらくの間は健診の結果に異常がみられる可能性があります。体調が十分に回復してから受診することを推奨します。
- ・新型コロナウイルスワクチン接種後、3日以上経過してから受診することを推奨します。副反応が起きた方は、体調が十分に回復してから受診することを推奨します。

大変ご負担をお掛けいたしますが、何卒ご理解とご協力のほど、よろしくお願いいたします。

【署名欄】

私は、上記の内容について理解の上、署名いたします。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住 所 _____

署 名
(受診者氏名)

健診当日の朝ご記入いただき、必ずご持参ください

※ 本個人情報 は新型コロナウイルス感染防止策にのみ使用させていただきます。

住-23.05-2