

秋田赤十字病院健康増進センター 受診当日問診票（日本語版）  
※記入後当日持参してください。裏面もご確認ください。（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症

**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	*鼻水／鼻づまり <input type="checkbox"/> 有
*息苦しさ <input type="checkbox"/> 有	*咳 <input type="checkbox"/> 有
*咽頭痛 <input type="checkbox"/> 有	*倦怠感 <input type="checkbox"/> 有
*頭痛 <input type="checkbox"/> 有	*下痢 <input type="checkbox"/> 有
*嘔気／嘔吐 <input type="checkbox"/> 有	
*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。

# Akita Red Cross Hospital Health Promotion Center

## Questionnaire on the Day of Examination (English Version)

※ Please complete this form and bring it with you on the examination day.

(Today's body temperature: \_\_\_\_\_ °C)

Examination Date: \_\_\_\_\_

ID Number: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Age: \_\_\_\_\_)

### I. COVID-19

If you have had COVID-19, please allow at least 15 days for recovery before attending the examination, and attend only after your condition has improved.

From the perspective of infection prevention, please answer the following questions regarding your physical condition and activity history on the day of your examination.

1) If you have concerns about attending the examination due to any of the following conditions, please feel free to contact us in advance.

2) If you are judged to have a risk of infection, you may be asked to refrain from certain examinations, especially those requiring removal of the mask (such as upper gastrointestinal endoscopy or pulmonary function tests).

1. Do you currently have any of the following symptoms?  None of the following

- Fever  Yes
- Runny or stuffy nose  Yes
- Shortness of breath  Yes
- Cough  Yes
- Sore throat  Yes
- Fatigue  Yes
- Headache  Yes
- Diarrhea  Yes
- Nausea / Vomiting  Yes
- Other symptoms: \_\_\_\_\_

2. People around you who are unwell

None  Yes (Who: \_\_\_\_\_ Symptoms: \_\_\_\_\_)

3. Contact with a person who tested positive for COVID-19 within 7 days before the examination date

None  Yes (When: \_\_\_\_\_)

4. Your own history of COVID-19 infection within the past month

None  Yes (When: \_\_\_\_\_)

### II. Other Infectious Diseases

Recent or current influenza, acute gastroenteritis, shingles, or other infectious diseases.

None

Yes (When: \_\_\_\_\_ Disease: \_\_\_\_\_)

**Contact Number: 018-829-5220 (Weekdays 13:30-16:00)**

If you have concerns about your physical condition on the morning of the examination day, please contact the above number before coming to the hospital.