

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 _____ I D _____

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、10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？ ☐ すべてなし	
*発熱 ☐ 有	*鼻水／鼻づまり ☐ 有
*息苦しさ ☐ 有	*咳 ☐ 有
*咽頭痛 ☐ 有	*倦怠感 ☐ 有
*頭痛 ☐ 有	*下痢 ☐ 有
*嘔気／嘔吐 ☐ 有	
*その他の症状 (_____)	
2. 周囲の体調不良者 ☐ なし ☐ 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 ☐ なし ☐ 有（いつ： _____)	
4. 1か月以内のあなた自身のコロナ罹患歴 ☐ なし ☐ 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。