

新型コロナウイルス感染症に対する受診前問診用紙

当院におきましては、人間ドック・健康診断当日に『新型コロナウイルス感染症』に対する感染防止を徹底するための方策として、関係省庁の通知および関連学会の見解等を踏まえ、当日の問診を実施しております。

今回、『新型コロナウイルス抗体定量検査』を行うにあたり、下記の質問を行っております。その結果、下記質問事項で、健康状態に問題があると判断された場合、検査は実施できません。ご理解ご協力の程、協力よろしくお願いいたします。

【質問】 以下の設問にお答えください。(はい・いいえ いずれかに○をしてください)

- ① 37℃以上の発熱または、平熱より高い体温である。 (はい ・ いいえ)
- ② 倦怠感、呼吸困難の症状がある。 (はい ・ いいえ)
- ③ 味覚・嗅覚の低下症状がある。 (はい ・ いいえ)
- ④ 吐き気、下痢・嘔吐の症状がある。 (はい ・ いいえ)
- ⑤ 目の充血、腫れの症状がある。 (はい ・ いいえ)
- ⑥ 発疹の症状がある。 (はい ・ いいえ)
- ⑦ 関節痛の症状がある。 (はい ・ いいえ)
- ⑧ 1か月以内に新型コロナウイルス患者、その疑いがある人との接触歴がある。
(はい ・ いいえ) 『はい』の場合 接触日 月 日
- ⑨ 新型コロナウイルス感染症接触アプリ(COCONA)で接触通知が来たことがある。
(はい ・ いいえ) 『はい』の場合 接触日 月 日
- ⑩ ⑨で、『はい』と答えた方のみお答えください。
接触日から1か月以上経過している。 (はい ・ いいえ)
- ⑪ 新型コロナウイルスに感染したことがある。
『はい』と答えた方、発症日を教えてください。 発症日 月 日

上記、質問に関し記載に相違ないことに、同意いたします。

検査実施の条件を満たしていないと判断された場合は、延期または中止の判断に従います。

西暦 20 年 月 日

署名 _____