

記号 - 番号	フリガナ	受診日
-	氏名	体温 °C

新型コロナウイルス感染症対策の為、以下の質問の回答にご協力をお願いいたします。

該当項目がある場合、感染リスク回避のため、本日の受診をお断りさせて頂く場合があります。予めご了承ください。

- 以下に該当する症状がある（あてはまるものに○を付けてください）

* 慢性的な鼻炎や頭痛、胃腸症状、また運動負荷による筋肉痛等は除きます

咳、呼吸困難感、全身倦怠感、咽頭痛、鼻閉、鼻汁

頭痛、関節・筋肉痛

下痢、嘔気、嘔吐

味覚障害、嗅覚障害

はい・いいえ

- 発熱(平熱より高い体温、あるいは37.5度以上)がある

はい・いいえ

- 2週間以内に、発熱があった(ワクチン接種後の発熱も含む)

はい・いいえ

(はいの場合 期間 月 日～ 月 日)

- 2週間以内に、新型コロナウイルスの患者やその疑いがある患者(同居者・職場内での発熱含む)との濃厚接触歴がある

はい・いいえ

- 2週間以内に、法務省・厚生労働省が定める諸外国への渡航歴がある
(およびそれらの方と家庭や職場内等で濃厚接触歴がある)

はい・いいえ

- 2週間以内に、3密(密集・密閉・密接)対策をとっていないライブハウス等の人の多いお店や接待を伴う飲食店への出入りがある

はい・いいえ

- 新型コロナウイルスの患者に濃厚接触の可能性があり、待機期間内(自主待機も含む)である

はい・いいえ

医師使用欄(内視鏡受検者)

1ヵ月以内の ■ コロナ感染歴 (ある ・ なし)

 ■ 渡航歴 (ある ・ なし)