

## 健康診断をご受診の皆様へのお願い

当法人では、健康診断を安心、安全にご受診いただく為、受診者の皆様に「問診の記入」と「体温の測定」を実施しております。ご理解とご協力の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

ご記入日      令和2年                      月                      日

お名前		様
-----	--	---

**お願い** 本確認にご協力いただけない方、また、下記項目のいずれかに該当する方は、皆様の健康を守る観点から本日の健康診断のご受診ができませんので、ご了承の程お願い申し上げます。

●下記の項目に回答をお願いします。

① 1週間以内に、37.5℃以上の発熱がありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
② 風邪症状（咳・のどの痛み・下痢・嘔吐・体のだるさ）がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
③ 嗅覚（におい）や味覚（あじ）の低下といった症状がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
④ 2週間以内に、新型コロナウイルス感染者やその濃厚接触者との接触がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
<small>※濃厚接触・・・同居、長時間の接触、1m以内でマスク等なしでの15分以上の対話、唾液等への接触など</small>	
⑤ 2週間以内に、海外への渡航歴がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
⑥ 今日は、37.5℃以上の発熱がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

●ご入館時の体温測定のご協力をお願いします。（健診機関記入欄）

非接触型体温計で測定します(※)	℃
※非接触型体温計で37.5℃以上の場合に腋窩測定します	℃

ご協力ありがとうございました。

本情報は、当法人における新型コロナウイルス感染症の防護にのみ使用するものであり、1ヶ月経過後に廃棄させていただきます。