

※ 自宅で記入いただき、当日ご持参ください。

※ 密集・密接を防ぐため、ご予約時間にお越しくださいますようお願ひいたします。

## 受 診 当 日 問 診 票

新型コロナウイルス肺炎感染拡大防止のために以下の問診票記入にご協力ください。

尚、該当する項目があった場合は本日の健康診断・各種検査の受診はお断りさせて頂いております。

① 本日の体温

【自宅測定値】

⇒

°C

【施設測定値】

⇒

°C

② 風邪に似た症状がある（喉の痛み、咳、痰、関節の痛みなど）

⇒

はい

いいえ

③ 1週間以内に37.5°C以上の発熱があった

⇒

はい

いいえ

④ 2週間以内に新型コロナウイルス感染者やその疑いのある方と接触がある

⇒

はい

いいえ

⑤ 2週間以内に海外への渡航歴がある

⇒

はい

いいえ

⑥ 味覚・臭覚に異常がある

⇒

はい

いいえ

⑦ 強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）ある

⇒

はい

いいえ

上記記載に間違いありません

年

月

日

ご署名

医療法人社団 優和会  
ココットさくら館