

人間ドック受診者 様

新型コロナウイルス感染防止対策について（お願い）

平素より当院をご利用頂き、厚くお礼申し上げます。

さて、当センターでは新型コロナウイルス感染症の感染防止対策を行いながら診療ならびに人間ドック等の医療活動を実施しております。

つきましては、皆様に安心して受診していただけるよう、感染防止対策の一環として人間ドック受診前日に、別紙「感染対策問診票」の記入をお願いしております。

ご記入いただいた問診票は受診当日にご提出ください。

感染防止対策にご理解とご協力をお願い申し上げます。

なお、以下に該当される方は、人間ドックの受診をご遠慮いただき、予約日を変更させていただきますので、前日または当日（午前7時30分から午前8時まで）にご連絡ください。

- ・新型コロナウイルスに感染している
- ・新型コロナウイルスに感染後10日以内である
- ・新型コロナウイルス感染者との接触が7日以内にあった
- ・ワクチン接種後3日以内である
- ・新型コロナウイルス感染を疑う症状がある

受診前日または当日の連絡先

0835-22-4411（代表）

前日は医事課へ、当日はドック棟へと電話交換にお伝えください

山口県立総合医療センター
医事課 人間ドック担当

ID()

2023年5月改訂

感染対策問診票

太枠の中にご記入ください

記入年月日

年

月

日

氏名	ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	連絡先	自宅 携帯
生年月日	年 月 日	歳	体温	度	
コロナ感染症の罹患歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (直近 年 月)				
陽性者との接触歴	陽性者との最終接触日	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (マスク装着 あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>) 最終接触日(月 日)			
受診時の具体的な症状	1週間以内の発熱	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	いつ() 体温(度) 受診の有無 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あり		
	1週間以内の感冒症状(本人)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
	1週間以内の感冒症状(同居人)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
	咽頭痛	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
	頭痛	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
	倦怠感(だるさ)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
	臭覚障害・味覚障害	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
	咳	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
	痰	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
	鼻水・鼻閉	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
	息苦しさ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
	下痢	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
	嘔吐	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
	腹痛	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
その他の症状					