

# 人間ドック・健康診断をご利用される受診者さまへ

IMSグループ予防医学部門では新型コロナウイルス感染対策として、

下記に該当する場合は予約日の変更を行わせていただきます。

お手数をお掛け致しますが、質問事項の回答ならびに署名のご協力をお願いいたします。

----- 以下受診者さま記入欄 -----

**黄色箇所**に該当する場合は  
受診日の変更をお願いしております。

## 質問項目

1	37.5℃以上の発熱、呼吸器症状（咳・咽頭痛・鼻汁・鼻閉）がありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	2週間以内に37.5℃以上の発熱がありましたか ※ 新型コロナワクチン接種後の発熱の場合は、解熱後2日以内ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	味覚（あじ）・嗅覚（におい）に異常を感じますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	吐き気・嘔吐・下痢がありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	目に強い充血・目が開けられないほどの目やに・まぶたの腫れがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	発疹がありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	14日以内に新型コロナウイルス陽性者、及び濃厚接触者とマスク無しで1メートル以内で15分以上の会話や接触（車内、カラオケ、食事等）がありましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	海外から入国・帰国して14日以内の方、ならびにそれらの方と接触歴がありましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	新型コロナウイルス感染後、退院またはホテル・自宅療養から1か月以内ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（非感染の方はこちらにチェックをして下さい）
10	医師の判断により検査を中断する場合がございます（胸部XP：肺炎疑いなど） <input type="checkbox"/> 了承しない <input type="checkbox"/> 了承します

ご受診日 年 月 日

上記内容に相違ありません。

ご本人の署名