

# 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。

医療機関記入欄	
ご受診前の体温	度 分

----- 以下受診者さま記入欄 -----

**【質問事項】※下記該当する場合は予約変更をお願いします。**

1. 37.5℃以上の <b>発熱</b> 、 <b>呼吸器症状</b> (咳・咽頭痛・鼻汁・鼻閉)、 <b>倦怠感</b> がある。 <input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし
2. <b>発熱</b> があったが、 <b>解熱して2週間以上経過していない</b> 。 ※ <b>新型コロナワクチン接種後の発熱</b> の場合は、 <b>解熱後2日経過していない</b> 。 <input type="checkbox"/> 経過している <input type="checkbox"/> 経過していない
3. <b>味覚</b> (あじ)・ <b>嗅覚</b> (におい)が <b>低下</b> している。 <input type="checkbox"/> 低下している <input type="checkbox"/> 低下していない
4. <b>吐き気</b> ・ <b>嘔吐</b> ・ <b>下痢</b> がある。 <input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし
5. 目に <b>強い充血</b> ・ <b>目が開かないほど目やに</b> がある。 <input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし
6. <b>14日以内</b> に新型コロナウイルス陽性者及び濃厚接触者と <b>マスク無しで1m以内で15分以上の会話や接触</b> (車内・カラオケ・食事等)がある <input type="checkbox"/> 接触あり <input type="checkbox"/> 接触なし
7. 海外から入国・帰国して <b>14日以内</b> の方、ならびにそれらの方と接触歴がある。 <input type="checkbox"/> 接触歴あり <input type="checkbox"/> 接触歴なし
8. 新型コロナウイルス感染したことがある。 <input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし ※『該当あり』の方、新型コロナウイルス感染後、退院又はホテル・自宅療養から1ヶ月以上経過している。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9. 医師の判断により検査を中断する場合があります。(胸部XP:肺炎疑いなど) <input type="checkbox"/> 了承する <input type="checkbox"/> 了承しない
10. <b>普段の体調と変わりはあるか</b> 。(上記1~4の設問を含め、風邪症状などがあるかどうか) <b>★風邪薬・解熱剤等服用中の方は必ずお申し出ください★</b> <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし

本個人情報  
は新型コロナウイルス感染防止策にのみ使用させていただきます。  
保健所をはじめとした行政等関連機関からの要請に応じて情報を提供する場合がございます。保存期間については、記載日から1ヶ月間とし速やかに、廃棄いたします。

ご受診日	年 月 日
本人の署名	

上記内容に相違がない事を確認しました。