

新型コロナウイルス感染拡大防止のため
問診票の記入にご協力をお願いいたします

公益財団法人石川県成人病予防センター

【新型コロナウイルス感染症に関する問診票】

No.	質問 (question)	はい・いいえ どちらかに ○を付けてください
①	現在の症状 (37.5℃以上の発熱がある) *1 受診会場でも再度、非接触型体温計で検温させていただきます。	はい いいえ
	Current symptoms (Do you have a fever of 37.5 degrees or higher?) * At our site for a medical checkup, we take your temperature with a non-contact thermometer again.	Yes No
②	現在の症状 (風邪症状がある)	はい いいえ
	Current symptoms (Do you have any symptoms of cold?)	Yes No
③	1 カ月以内に新型コロナウイルス感染者と濃厚接触した	はい いいえ
	Have you had close contact with a COVID-19-infected patient within the last month?	Yes No
④	1 カ月以内に海外に渡航した	はい いいえ
	Have you been abroad within the last month?	Yes No
⑤	1 カ月以内に特定警戒都道府県 (石川県以外) 宣言の期間中の地域に滞在した	はい いいえ
	Have you been to the prefectures specifically warned by "Emergency declaration over COVID-19" within the last month? (except Ishikawa Prefecture)	Yes No
⑥	過去2週間以内に発熱があった	はい いいえ
	Those who have a fever within the past 2 weeks	Yes No

質問No.①～⑥のいずれかに該当する場合、今回は受診いただけません。

If your answer is "yes" to any of these questions, we kindly ask you to refrain from taking a medical checkup.

- ・ 質問①、②等の症状がある方は完治または問題がないことを確認いただいた後、質問③～⑥に該当された方は該当の期間が経過した後、再度お申し込みいただきますようお願いいたします。
- ・ お客様間の感染防止のため、健診会場では必ずマスクの着用をお願いします。

(マスクの着用が無い方には、受診できない場合があります。)

- ・ 新型コロナウイルスに感染すると悪化しやすい基礎疾患 (糖尿病、呼吸器疾患など) の方で、受診を不安に思われる場合は、受診の延期をお願いします。

【署名欄】

私は、上記の内容について理解の上、署名いたします。

記入日 年 月 日 事業所名

署 名
(受診者氏名)

健診当日の朝ご記入いただき、必ずご持参ください