年　　月　　日　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

問診票（新型コロナウィルス感染拡大対策）

下記に該当する場合は、受診できません。

熱感・発熱（平熱よりも高い体温、あるいは体温が３７．５℃以上）がある。 （１週間以内を含む）　　今朝の体温（　　℃）	有 ・ 無
１週間以内に下記の症状がある方　該当する症状に〇をしてください。 ・風邪の症状（咽頭痛・咳・痰・呼吸困難・息切れ・強いだるさ） ・嗅覚（におい）・味覚（あじ）の低下 ・頭痛、関節痛、筋肉痛 ・消化器症状（下痢・吐気・嘔吐）	有 ・ 無

新型コロナウィルス感染症の濃厚接触者に相当する方も日程変更をお願いいたします。

新型コロナウィルスの感染歴がある 療養期間（　　年　　/　　～　　/　　）	有 ・ 無

乳がん検査、胸部 CT 検査をお申し込みの方、ご回答ください。

コロナワクチン接種後、腋窩リンパ節が腫大することがあります。

接種状況　（ あり ・ なし ）

最終接種日　（　　回目）　　年　　月　　日　（ 右腕・左腕・不明 ）

当施設で受診歴ある方、ご回答ください。

前回の健康診断にて、要再検査・要精密検査・要治療と指摘がありましたか？	有 ・ 無

その後の受診状況について

① ＿＿＿＿＿＿科を　　月頃受診した。　病院名＿＿＿＿＿＿＿＿

受診結果は、{ 異常なし・経過観察中・治療開始・その他（　　）}

② ＿＿＿＿＿＿科を　　月頃受診した。　病院名＿＿＿＿＿＿＿＿

受診結果は、{ 異常なし・経過観察中・治療開始・その他（　　）}

受診されていない理由をお答えください。

（　　）