

健診前チェックリスト

令和 年 月 日

学籍番号

氏 名

・該当する方に○をつけて下さい。

質問事項	回答欄	
風邪または風邪症状がありますか。	は い	いいえ
発熱（平熱より高い体温、あるいは体温が 37.5℃以上ある方）、咳、呼吸困難、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁、鼻閉、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気、嘔吐、味覚障害、嗅覚障害などの症状はありますか。	は い	いいえ
過去 2 週間以内に発熱（平熱より高い体温、あるいは体温が 37.5℃以上）はありましたか。	は い	いいえ
2 週間以内に海外への渡航歴はありましたか。（同居者も含む）	は い	いいえ
2 週間以内に新型コロナウイルスの患者やその疑いがある患者との接触歴はありましたか。	は い	いいえ
新型コロナウイルスの患者に濃厚接触の可能性があり、現在、待機期間中ですか。	は い	いいえ

※受診時に必ず受付へご提出下さい。