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

一般財団法人　石川県予防医学協会

【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く場合がございます	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, in some cases, 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

質問No.①～④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、④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　　学校名

年　　組　　番（学籍番号）

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

※ 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。

【高校・高専・専門学校・大学用】

学 B⑦Ver7