

## 受診に際しての確認事項

受診当日の受付時、以下の事項について確認させていただきます。ご回答の内容を踏まえ、当日の受診をお断りさせて頂く場合がございますので、予めご了承ください。

### 1. 下記の疾患について

新型コロナウイルス (COVID-19)		インフルエンザ
かぜ症状	結核	感染性胃腸炎 (ノロウイルス等)
麻疹 (はしか)	水痘 (みずぼうそう)	風疹
おたふくかぜ	帯状疱疹 (たいじょうほうしん)	

- ① 上記疾患の3週間以内の感染の有無 (ご本人および同居のご家族)
- ② 上記疾患患者との3週間以内の接触の有無

### 2. ご自身の体調等について

#### ① 以下の症状の有無

発熱・悪寒・関節痛・頭痛・咽頭痛・嘔気・嘔吐・下痢・咳・痰・湿疹・耳の下の腫れ  
倦怠感・息切れ・呼吸困難感・喘鳴・鼻汁・味覚異常・嗅覚異常

### 3. 受診日前2週間以内の行動歴について

- ① 海外渡航の有無
- ② 新型コロナウイルス流行地域への立入の有無
- ③ 新型コロナウイルスのクラスター発生リスクの高い場所への出入やリスクの高い行為 (多人数: 5人以上での会食、カラオケ、接待を伴う飲食店での飲食、同居家族以外とのマスクを着用しない長時間の会話等) の有無