

ヘルスサイエンスセンター島根 新型コロナウイルス感染拡大防止のための確認書

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、確認書の記入をお願いしています。健診日当日にこの確認書をご持参ください。併せて不織布マスクの着用をお願いします。

記入日：西暦 (令和)年 月 日

お名前： 会社名：

携帯電話： - -

*時差受付のため、受付番号札を取られた後、自家用車で待機していただく場合があります。

下記の項目を確認し、該当する項目にチェック(☑)し、必要事項を記載してください。

該当しない項目にチェックはしないでください。

(1)~(5)に1つでも該当する場合は、事前に必ず電話で連絡をお願いします。(0853-20-0649)

該当する方は、当日受診できませんので、2週間経過以降の受診日変更の手続きをいたします。

- (1) 過去 1 週間以内に海外への渡航歴がある、または渡航歴のある方と家庭や職場での接触歴がある。 帰国日： 月 日 接触日： 月 日
- (2) 新型コロナウイルス感染症患者の濃厚接触とされ、待機期間内である。
- (3) 過去 1 週間以内に新型コロナウイルス感染症患者やその疑いがある方と接触歴がある。(自主待機)
- (4) 新型コロナウイルス感染症に感染し、療養期間が終了していない。
- (5) 過去 1 週間以内の、ご自身の症状について項目にチェック (☑) してください
 - 発熱 (37.5℃以上) 強い倦怠感 咳 息苦しい
 - 喉の痛み におい・味がわからない 症状が発生した日： 月 日
- ~~(6) 過去 1 週間以内に、3密 (密閉・密集・密接) が疑わしい場所、あるいは「緊急事態宣言」および「まん延防止等重点措置」適用地域を訪れた。~~
* 島根県が適用地域期間の場合、島根県は除く

上記(1)~(5) 項目全てに該当しません

この欄は、ヘルスサイエンスセンター島根が記入します

受付番号 _____