

健康診断・ドック受診者用問診票

検査当日を今日として、受診者が来院前に必要事項を記入しご持参ください。

問診項目で「あり」に該当する場合は、受診をお断りさせていただく可能性がありますので事前に内容をご確認のうえ、1週間前より「あり」に該当しないよう行動管理をお願いいたします。「あり」に該当する場合は、来院する前（可能であれば前日まで）に病院へ電話でご相談ください。

TEL 0894-62-1121

下記の「あり」、「なし」どちらかに○をつけてください。

1週間以内に微熱を含む発熱	あり ・ なし
1週間以内に、咳、喉の痛み、鼻水、倦怠感 息苦しさ、嘔吐下痢、突然の味覚・嗅覚異常	あり ・ なし
1週間以内に、体調不良の方との接触	あり ・ なし
2週間以内に、ご本人とその周囲に新型コロナウイルス 陽性と診断・療養された方（本人・家族・職場など）	あり ・ なし
ご本人が新型コロナウイルス陽性者・濃厚接触者と診断 されていた場合、療養期間が終了してから2週間以内	あり ・ なし

西予市民病院