

新型コロナウイルス感染拡大防止のための体調確認票

新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、がん検診を受けるに当たり、体調や接触歴等の確認をお願いします。

以下のいずれかに該当する場合、また、記入をしていない場合は、検診を受けられません。

ご理解とご協力をお願いいたします。

■ 記入日（検診日） 令和 年 月 日

■ 検診当日の体温

体温	°C
----	----

■ 2週間前～当日における体調等について、次の質問にお答えください。

① 37.5℃以上の熱はありましたか？	はい ・ いいえ
② 4日以上、咳や喉の痛み、鼻づまりなど、風邪症状が続きましたか？	はい ・ いいえ
③ 4～5日続く下痢、嘔気・嘔吐などの消化器症状がありましたか？	はい ・ いいえ
④ 息苦しさや強いだるさがありましたか？	はい ・ いいえ
⑤ 嗅覚（におい）や味覚の異常はありましたか？	はい ・ いいえ
⑥ 新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との接触はありましたか？	はい ・ いいえ
⑦ 政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航、又は当該在住者との濃厚接触がありましたか？	はい ・ いいえ

※ ②～⑤の症状について、日頃からの持病によるものと思われる方は、必ずかかりつけ医にがん検診の受診の可否を確認してください。

※ あきる野市個人情報保護条例に基づき、お預かりした個人情報は目的以外には使用しません。また、厳重に管理して1年間保管し、保存期間の終了後は適切に廃棄します。

※ 受診者や従事者に新型コロナウイルスの感染者が発生した場合、保健所が行う発生状況、動向調査に協力するため、保健所へ情報提供をする場合があります。

氏名		連絡先 (電話番号)	
----	--	---------------	--