～新型コロナウイルス感染対策にご協力お願いします～

氏名：　　　　　　　　　　会社名/団体名：

体温　　　　　℃

　　　　　　　　　　　　※当センターにて体温測定をお願いします

健診当日に下記項目をすべて記入し、ご持参下さい。

＊いずれかにありの該当がある場合は受診をお断りしております。日程変更をご希望の場合は遠州病院健康管理センター（電話）053-415-9969にてご相談下さい。

◆気になる症状（下記参照）【なし・あり】※ありの方は該当するものに○をつけてください

のどの痛み**・**咳**・**倦怠感**・**味覚嗅覚異常**・**その他風邪症状（　　　　　）

◆2週間以内に、平熱より高い体温、または37.5℃以上の発熱　　【なし・あり】

◆２週間以内に、新型コロナウイルスの患者やその疑いがある患者

（同居者・職場内での発熱含む）との接触歴　　 　【なし・あり】

◆２週間以内に、法務省・厚生労働省が定める諸外国への渡航歴

（およびそれらの方と家庭や職場内等で接触歴）　 【なし・あり】

→ありの方【本人・周りの方/国名：　　　　滞在期間：　　～　　】

◆２週間以内に国内の感染が確認されている地域に滞在【なし・あり】

→ありの方【場所：　　　　　滞在期間：　　～　　】

遠州病院3階健診センタ-入り口にて、体温測定およびこの用紙の確認をさせていただいた後、健診センター内へご案内させていただきます。