インフルエンザ予防接種を受けられるの皆様へ　感染防止対策のお願い

こちらの用紙（ヘルスチェックシート）を接種当日にご記入の上、ご持参ください。

新型コロナウィルス感染予防・公衆衛生上の観点から、以下に該当する方は
予防接種は受けられませんので、ご来院せず日程変更をお願いいたします。
なお、ご不明点等ございましたら、お問い合わせください。

東京クリニック　健診センター　TEL：03-3516-7187

（接種日より2週間以内に以下の症状がある方）

＊味覚障害（味がおかしい）
＊嗅覚障害（匂いがしない、おかしい）
＊呼吸器症状：咳、痰、息苦しさ
＊発熱（目安37.5℃以上　　平熱が低い方は37.0℃以上）
＊咽頭痛や風邪症状
＊強い倦怠感（からだのだるさ）
＊嘔吐下痢などの消化器症状　　など

★上記の症状について、「喫煙による」・「以前から続く症状」だから大丈夫とお考えの方がいらっしゃいます。
しかしながら、当院では最近出た症状であるか・以前からのものか区別がつきかねますので、
公衆衛生上の観点から今回の接種はお断りさせていただきますので、ご理解のほど宜しくお願いいたします。

（接種日より2週間以内に以下の項目に当てはまる方）

＊新型コロナウィルス感染者（疑いを含む）との接触
＊新型コロナウィルス感染者が発生した集団への参加
＊渡航歴がある　　など

（接種当日に37.0℃以上の発熱のある方）

＊ご来院時にも体温を測定いたします。その際に体温が37.0℃以上ある場合は接種ができません。

（新型コロナウィルスに感染し、完治と診断されて2週間以内の方）

ご来院前にご確認いただき、以下のチェックとご署名をお願いいたします。

＜自己申告欄：接種当日にご記入ください。＞

上記の症状・項目について　　**すべて当てはまらない**　・　**当てはまる症状・項目がある**
（どちらかに〇を付けてください。）　　↑日程変更をお願いいたします。

上記申告に間違いはありません。　　**2020年　　月　　日**

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

コロナウィルス感染予防・皆様の健康保持のため、スタッフ一同努力して参ります。
ご理解・ご協力のほど、宜しくお願いいたします。

東京クリニック　健診センター　電話　医師：星野和彦・原　恵理子