

## 人間ドック・健康診断受診者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)を受診当日にご提出ください。

新型コロナウイルス感染予防・公衆衛生上の観点から、以下に該当する方は受診を控えていただいております。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

### (受診日より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) など
- \* 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

★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かねますので、公衆衛生上の観点から今回の受診はお断りさせていただきますので、ご理解のほど宜しくをお願いいたします。

### (受診日より2週間以内に以下の項目に当てはまる方)

- \* 新型コロナウイルス感染者(疑いを含む)との接触
- \* 新型コロナウイルス感染者が発生した集団への参加
- \* PCRまたは抗体検査を受けて陽性であった方 など
- \* 渡航歴がある

### (受診当日に37.5℃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37.5℃以上ある場合は受診ができません。

### (新型コロナウイルスに感染し、完治と診断されて2週間以上経過をしていない方)

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> いずれかに○を付けてください。

上記の症状・項目について ①すべて当てはまらない ・ ②当てはまる症状・項目がある  
↑ 日程変更をお願いいたします。  
③事前に当院に連絡し、受診許可を取っている。 (連絡日: 年 月 日、対応職員名: )

上記申告に間違いはありません。 年 月 日

署名

### <肺機能検査のある方>

裏面【新型コロナウイルス感染症に関する重要なお知らせ】の「肺機能検査を受診する皆様へ」の記載内容をご確認いただき、どちらかに○を付けてください。

肺機能検査を 実施する ・ 中止する

\*当日医師の判断で中止させていただく可能性があります。  
\*契約内容により中止するには健保の許可が必要な場合があります。