コロナワクチン接種後のIgG抗体価検査　申込書　兼　ヘルスチェックシート

こちらの用紙と健康保険証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

(受診日前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お願いいたします。

(受診日前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検査を受けて陽性であった方
＊渡航歴がある
など

(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、以下のご記入をお願いいたします。

＜新型コロナのワクチン接種について＞

・接種　(1回目)　　年　　月　　日
・接種　(2回目)　　年　　月　　日

*ワクチンの効果確認には2回目接種から
28日後以降　をおすすめしています。

＜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

お名前 _____

フリガナ _____

生年月日 _____

＜結果送付先住所＞　〒

＜連絡先電話番号＞