

< 事前問診票 > 健康診断当日にご記入ください。

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、事前に問診票の記入をお願いしています。
みなさんの安全と安心のため、ご理解とご協力をお願いいたします。
以下の項目に該当する場合は本日の健康診断は受けることはできません。

日時 令和 年 月 日 時 分

学科 回生 氏名

現在の体温 (°C)

- ・ 14日以内に発熱などの風邪症状はありましたか (はい・いいえ)
- ・ 体調に関して気になる症状はありますか (はい・いいえ)

※持病等で以前からある場合は除く

→「はい」と答えた方は、どのような症状が出ていますか

下記から当てはまるものに☑してください (複数可)

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 息苦しさ | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり | <input type="checkbox"/> のどの痛み |
| <input type="checkbox"/> 倦怠感 | <input type="checkbox"/> 味覚障害 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

- ・ 14日以内に新型コロナウイルス感染者やその疑いのある方との接触はありましたか (はい・いいえ)