

## ご来院の皆様へ 新型コロナウイルス感染症に関するお願い

本日はご来院いただきありがとうございます。新型コロナウイルス感染症の流行に際し、当院では万全の感染予防対策を行っております。皆様が安全にご受診頂くと共に、感染拡大防止のため、下記にご記入いただきます様ご協力の程よろしく願いいたします。

- ① 2週間以内に、37.5℃以上の発熱がありましたか？ (ある・ない)  
あるの時【発熱日： 月 日 体温： . °C 高熱持続期間： 日間】
- ② のどの痛み・咳や痰などの風邪症状がありますか？ (ある・ない)
- ③ 強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)の症状はありますか？ (ある・ない)
- ④ 味覚や嗅覚に異常を感じますか？ (ある・ない)
- ⑤ 通常と違う下痢等の消化器症状が4-5日続く事がありましたか？ (ある・ない)
- ⑥ 2週間以内に“新型コロナウイルス感染者やその疑いがある方”または、“そのような方と接触した方”との接触はありましたか？ (ある・ない)  
あるの時【接触日： 月 日】
- ⑦ 2週間以内に海外に渡航歴はありますか？ (ある・ない)  
あるの時【渡航地： 月 日 帰国日： 月 日】
- ⑧ 2週間以内に“海外から帰国された方”または、“そのような方と接触した方”との接触はありましたか？ (ある・ない)  
あるの時【渡航地： 月 日 帰国日： 月 日】
- ⑨ 

ご来院時： . °C
------------

\* 上記項目に、1つでも該当された方は予防接種を延期となる場合がございます。

### 【同意書】

インフルエンザ予防接種実施するにあたり、感染防止に万全を期して行いますが、新型コロナウイルス感染症は無症状感染例も報告されており、予防接種時に、ウイルスに暴露してしまう可能性もある為、ご理解いただき、下記にご署名をお願いいたします。

インフルエンザ予防接種に 同意 (する・しない)

2020年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_