

人間ドック・健康診断をご利用される受診者さまへ

IMS M...は新型コロナウイルス感染症対策として、

下記に

お手数

**黄色の箇所に1項目でも該当する場合は、
受診日の変更をお願いしております。
あらかじめご了承ください。**

のご協力をお願いいたします。

質問項目

1	37.5℃以上の発熱、呼吸器症状（咳・咽頭痛・鼻汁・鼻閉）がありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	5日以内に37.5℃以上の発熱がありましたか ※ 新型コロナワクチン接種後の発熱の場合は、解熱後2日以内ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	味覚（あじ）・嗅覚（におい）に異常を感じますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	吐き気・嘔吐・下痢がありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	目に強い充血・目が開けられないほどの目やに・まぶたの腫れがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	発疹がありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	10日以内に新型コロナウイルス陽性者、及び濃厚接触者とマスク無しで1メートル以内で15分以上の会話や接触（車内、カラオケ、食事等）がありましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	海外から入国・帰国して4日以内ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	新型コロナウイルス感染後、退院またはホテル・自宅療養解除から5日以内ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（非感染の方はこちらにチェックをして下さい）
10	医師の判断により検査を中断する場合がございます（胸部XP：肺炎疑いなど） <input type="checkbox"/> 了承しない <input type="checkbox"/> 了承します

上記内容に相違ありません。	ご受診日	年	月	日
	ご本人の署名			

★新型コロナウイルスワクチンの接種後から数日はワクチンの副反応により、健康診断や人間ドックの結果値や診断に影響を及ぼす可能性があります。

また、接種後に薬剤を使用した検査等を受けることで副反応が新たに出現したり、
増強する可能性も考えられます。