

令和4年1月17日

健康診断ご利用企業の皆様

(社医) 石川記念会HITO病院
総合健診センター Step

新型コロナウイルス感染拡大防止に関するお願い (重要)

平素より、当センターをご利用いただき誠にありがとうございます。

全国的な新型コロナウイルス感染症（オミクロン株）の拡大に伴い、1月17日現在、愛媛県内及び、四国内においても陽性者が発表されております。愛媛県は1月12日（水）より当面の期間、レベル最大級の「オミクロン株感染拡大特別警戒期間」となっております。引き続き当センターにおける感染予防対策を強化すると共に、下記のとおり対応させて頂くこととなります。安心、安全に受診していただくために、各ご契約企業様、受診者の皆様にもご協力いただきたく存じます。何卒、ご理解くださいますようお願い申し上げます。

次のいずれかに該当する場合は、健康診断の「受診日変更」の手続きを致しますので、来館せずに必ず事前にご連絡をお願い致します。

- 37.5℃以上の発熱や風邪症状がある方
- 臭覚・味覚の異常や倦怠感、咽頭痛のある方
- 受診日から2週間以内に当センターが指定する感染拡大地域や海外に2日以上連続で滞在していた方
 - ※感染拡大地域→緊急事態宣言の地域及び、まん延防止等重点措置対象地域
 - ※一部業種にお勤めの方で、やむを得なく一時的な移動行う方については、入館時の問診票にて行動履歴の確認を行いますのでご協力をお願い致します。
- 受診日までの2週間以内に陽性者との接触がある方、または濃厚接触者と指示された方
 - ※濃厚接触（参考）：発症2日前に接触、1m内での接触、15分以上の接触
- 濃厚接触者と同居環境にある方

また受診日当日の入館時に別紙の「感染予防に関する問診票」を実施致します。

当日の問診や聞き取り状況によりましては、当日の受診を中止頂く事もございますのでご了承ください。

感染状況によりましては、更に対応等が変更する場合もございます。ご不明点等がございましたらお問い合わせください。

お問い合わせ

(社医) 石川記念会 HITO 病院

総合健診センター Step

電話：0896-58-8300 (直通)

【重要】感染症予防に関する問診票（3月7日時点）

◆記入日：R 年 月 日

◆氏名（ ）

体温

●下記該当の方、本日の健康診断を受診頂けません。 スタッフへご確認下さい。

スタッフ

No	質問事項	はい	いいえ	確認		
1	2週間以内に、海外への移動もしくは海外に居住していましたか？ ※はいと答えた方は下記記入をお願いいたします。 いつ頃から(月 日頃～)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	2週間以内に『北海道・青森・茨城・栃木・静岡・石川・京都・大阪・兵庫・東京・埼玉・千葉・神奈川・群馬・岐阜・愛知・熊本・香川（高松）』にて2日以上連続で滞在していましたか？ （居住・通勤されている方も含みます） ※はいと答えた方は下記記入をお願いいたします。 滞在先（ ） 期間(月 日～ 月 日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	濃厚接触者*と指示されている。または濃厚接触者*と指示された方と同居している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	風邪症状がありますか？ ※はいと答えた方は下記記入をお願いいたします。 いつから(月 日～) 症状（下記の中から該当するもの全てにチェックを入れてください） <input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 鼻水が出る（花粉症除く） <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 頭痛を感じる <input type="checkbox"/> 関節が痛い <input type="checkbox"/> 筋肉痛のような症状がある <input type="checkbox"/> その他症状（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
●下記該当の方は、 <u>受診できない場合</u> があります。スタッフへご確認下さい。						
5	2週間以内に、上記質問2に記載の地域から帰省されたご家族または知人と会食等されましたか？ ※はいと答えた方は下記記入をお願いいたします。 （所在地： ） 接触者との間柄（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	2週間以内に、上記質問2に記載の地域へ業務上移動されましたか？ ※はいと答えた方は下記記入をお願いいたします。 （行き先： ）（業務内容： ） （会食の有無： 有・無 ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	新型コロナワクチンの予防接種を受けられていますか？	いいえ <input type="checkbox"/>	(1回目) <input type="checkbox"/>	(2回目) <input type="checkbox"/> ()月	(3回目) <input type="checkbox"/> ()月	<input type="checkbox"/>

*濃厚接触：発症2日前に接触、1m内での接触、15分以上の接触