

新型コロナウイルス感染拡大防止のための問診票

受講者の現在の健康確認のため、下記について記入もしくは該当項目に○をつけてください。なお、37.5℃以上の発熱や問診の1～7の項目に1つでも該当した場合、受講することはできません。

本日の体温 _____℃

- | | | | | |
|---|--------------------------------|----|---|-----|
| 1 | 味、又はにおいがわかりにくい | はい | / | いいえ |
| 2 | 体調が悪い（体がだるい、食欲不振、息苦しいなど） | はい | / | いいえ |
| 3 | 鼻汁、咽頭痛、咳などの風邪症状、味覚障害、嗅覚障害などがある | はい | / | いいえ |
| 4 | 2週間以内に37.5℃以上の発熱があった | はい | / | いいえ |
| 5 | 2週間以内に海外への渡航歴がある | はい | / | いいえ |
| 6 | 2週間以内に感染症の疑いがある同居家族や身近な知人がいる | はい | / | いいえ |
| 7 | 2週間以内に感染者（疑い含む）と濃厚接触した可能性がある | はい | / | いいえ |
| 8 | ワクチンを接種した | はい | / | いいえ |

接種している場合、接種日を記入してください

1回目接種 _____ 年 月 日

2回目接種 _____ 年 月 日

- 9 PCR検査を受けた _____ はい / いいえ

検査日 _____ 年 月 日 結果（ _____ ）

※お願い

講習会終了後から2週間以内に、上記のような新型コロナウイルス感染症の類似症状が発症した場合や、PCR 検査を受けた際は、日本診療放射線技師会までご連絡ください。他の受講者の健康確認や感染拡大を防ぐため、ご協力をお願い致します。

令和 年 月 日

お名前（自署） _____

ご連絡可能な電話番号 _____