

はい いいえ に指差ししてください。

1、新型コロナウイルス感染症の検査を受けた。

「はい」の方は経緯を教えてください。

はい

いいえ

2、これまでに新型コロナウイルス感染者

またはその疑いがある方との接触がある

はい

いいえ

3、現在、同居する人に自宅隔離を要請されている方がいる

はい

いいえ

4、2週間以内に発熱、強いだるさ、息苦しさ、

喉の痛み、咳などの風邪様症状があった。

はい

いいえ

5、2週間以内に下痢もしくは食欲不振があった。

はい

いいえ

6、2週間以内に匂いや味が分かりにくい症状があった

はい

いいえ

7、2週間以内にご家族にの4-6のいずれかの症状があった

はい

いいえ

8、2週間以内に海外から帰国した人との濃厚接触歴がある

はい

いいえ

9、2週間以内に、屋内で50人以上が集まる

集会・イベントなどに参加したことがある

はい

いいえ

10、1ヶ月以内に海外渡航した。

はい

いいえ

11、2週間以内に感染急増地もしくは市中感染発生地 に出かけた

(北海道、東京、千葉、埼玉、神奈川、愛知、岐阜、京都、大阪、

兵庫、福岡、宮崎、沖縄など )

はい

いいえ

( はい にあてはまる場合は、予約を2週間後に変更していただきたく存じます。 )