

【 体 調 確 認 票 】

新型コロナウイルス感染症 および その他感染症の感染拡大防止のため、来所される方の
体調確認を実施しております。下記の確認事項についてご記入ください。

ふりがな 氏名	生年月日： T・S・H 年 月 日
来所日	令和 年 月 日

確 認 事 項 (あてはまる回答を○で囲んでください)		回答欄		市 確認欄
来所から 7日前まで (来所日の前日を1日目とした 過去7日間)	37.0℃を超える発熱がありましたか。 ※ ワクチン接種後等に生じた場合も含まれます。	はい	いいえ	
	風邪症状 (咳・鼻水・下痢・嘔吐) はありましたか。 ※ 医師に診断を受けた、感染症とは異なるアレルギーや 喘息などの症状は除きます。	はい	いいえ	
来所 当日	自宅で体温を測定し、右記に記入してください。 _____℃			
	風邪症状 (咳・鼻水・下痢・嘔吐) がありますか。 ※ 医師に診断を受けた、感染症とは異なるアレルギーや 喘息などの症状は除きます。	はい	いいえ	
	新型コロナウイルスに感染し、厚生労働省の定める 自宅療養等を行う期間、またはその後の検温などご 自身による健康状態の観察等を行う期間内ですか。	はい	いいえ	
	新型コロナウイルス感染者の濃厚接触者の待機 期間内ですか。	はい	いいえ	
	海外から帰国し、検疫措置での待機期間内ですか。	はい	いいえ	

回答欄の「はい」に1つでも○がついた場合は、日程を変更してください。

また、日程変更について保健センターまでご連絡をお願いいたします。

※ 来所当日、受付等で体調確認票の内容に該当する項目が確認された場合、申し訳ございませんが、健診・検診等の事業の
受診・参加をお断りいたします。安心・安全な保健事業の運営のため、皆様のご理解・ご協力をお願いいたします。

【 お 願 い 】

- 密集・密接を防ぐために、ご案内の受付時間にお越しくださいますようお願いいたします。
早めにご来所された場合、ご案内の時間まで受付でお待ちいただくこととなります。
- マスクを持参の上、お越しください。健診・検診等の事業の間も、特に必要のある場合を除き、マスクの着用を原則お願いいたします。
- 会場入口でのアルコール消毒または石けんによる手洗いをお願いいたします。
- 今後、新型コロナウイルス感染症の動向によっては、保健事業を延期又は中止させていただく場合がありますので、市ホームページ等で最新の情報をご確認の上、お越しくださいますようお願いいたします。

問合せ先：芦屋市子ども・健康部健康課（芦屋市保健センター）
住所：芦屋市呉川町14番9号
電話：0797-31-1586 FAX：0797-31-1018