

検査予定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 紹介元医療機関 _____

金沢医療センター画像診断外来を受診される方へ

以下の問診を読み、該当する項目がある場合には、

当日早めに、金沢医療センター [076-262-4161] 放射線科外来 [4783] まで
お電話にてご連絡をお願いします。

検査当日の体温： _____ °C 解熱剤使用 あり ・ なし

発熱がある、または咳がある

過去 14 日以内に発熱した日がある

以下のいずれかの症状がある

(強い倦怠感・息苦しさ・下痢／吐き気・味覚／嗅覚障害・皮膚の異常)

現在同居する人や職場の関係者等に上記症状がある

過去 14 日以内に、海外渡航歴がある

過去 14 日以内に、県外の特定警戒都道府県に行ったことがある

過去 14 日以内に、海外から帰国した人との濃厚接触歴がある

過去 14 日以内に、屋内で 50 人以上が集まる集会・イベントに参加したことが
ある ()

新型コロナウイルス科感染が確定しているか、疑われている人と接触歴がある

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名： _____

代理人： _____