

新型コロナウイルス感染拡大防止のため  
問診票の記入にご協力をお願いいたします



石川県予防医学協会

検索

一般財団法人 石川県予防医学協会

【新型コロナウイルス感染症に関する問診票】

No.	質問	はい・いいえ どちらかに ○を付けてください
①	現在の症状（37.5℃以上の発熱がある） *1 受診会場でも再度、非接触型体温計で検温させていただく 場合がございます	はい      いいえ
②	現在の症状（風邪症状がある）	はい      いいえ
③	2週間以内に新型コロナウイルス感染者と濃厚接触した	はい      いいえ
以下No.④、⑤の質問は、状況により適宜変更いたしますので、大変恐れ入りますが 健診当日に当協会ホームページにて質問内容を確認いただき、ご記入をお願いいたします。		
★お願い★ ホームページでご確認いただいた問診票の番号をご記入ください。		問診票番号
④	質問④に該当するか（当協会ホームページをご確認ください）	はい      いいえ
⑤	質問⑤に該当するか（当協会ホームページをご確認ください）	はい      いいえ

質問No.①～⑤のいずれかに該当する場合、今回は受診いただけません。

- ・ 質問①、②等の症状がある方は完治または問題がないことを確認いただいた後、質問③～⑤に該当された方は該当の期間が経過した後、再度お申し込みいただきますようお願いいたします
- ・ お客様間の感染防止のため、健診会場では必ずマスクの着用をお願いします。  
（マスクの着用が無い方には、受診できない場合があります。）
- ・ 新型コロナウイルスに感染すると悪化しやすい基礎疾患（糖尿病、呼吸器疾患など）の方で、受診を不安に思われる場合は、受診の延期をお願いします。

【署名欄】

私は、上記の内容について理解の上、署名いたします。

記入日            年    月    日            事業所名

所属等

署名  
(受診者氏名)

健診当日の朝ご記入いただき、必ずご持参ください

※ 本個人情報情報は新型コロナウイルス感染防止策にのみ使用させていただきます。

To the purpose of preventing the spread of COVID-19,  
we ask you to fill out the medical Questionnaire.



ISHIKAWA HEALTH SERVICE ASSOCIATION



ISHIKAWA HEALTH SERVICE ASSOCIATION

## Medical questionnaire for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)

No.	question	Please circle "Yes" or "No".	
①	Current symptoms (Do you have a fever of 37.5 degrees or higher?) * At our site for a medical checkup, in some cases, we take your temperature with a non-contact thermometer again.	Yes	No
②	Current symptoms (Do you have any symptoms of cold?)	Yes	No
③	Have you had close contact with a COVID-19-infected patient within 2 weeks?	Yes	No
<p>The following questions No.4 and 5 are possibly changed appropriately depending on the situation. So please check them on our website on the day of your medical checkup.</p> <p>Please fill in the number of medical questionnaire version on our website</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p style="color: blue;">Medical Questionnaire version</p> </div>			
④	Please check our website and answer the question No.4	Yes	No
⑤	Please check our website and answer the question No.5	Yes	No

**If your answer is "yes" to any of these questions, we kindly ask you to refrain from taking a medical checkup.**

If your situation falls into Question No.1 or 2, after your complete recovery or making sure that there is no problem, please apply for a medical checkup again.

If your situation falls into Question No.3 ,4 or 5, when it is over a month after your stay of the area, please apply for a physical checkup again.

● Please wear a mask to prevent the infection of COVID-19 between our customers.  
(If you don't wear a mask, we may ask you to refrain from taking a medical checkup)

● To the customers who have underlying diseases such as diabetes and respiratory disease;  
If you worry about visiting us because of the risk of the diseases to turn for the worse by the infection of COVID-19, please reschedule your medical checkup to a later date.

### 【 Signature 】

I understand and sign the above content.

Date      Year      Month      Day      Name of your workshop

\_\_\_\_\_

Affiliation

\_\_\_\_\_

Signature

**We ask you to fill out this sheet in the morning on the day of medical checkup and bring this sheet.**

※ Your personal information written on this sheet is used only for preventing the spread of COVID-19.

# 为防新型冠状病毒感染范围扩大

请配合填写问诊表



石川县预防医学协会



一般财团法人 石川县预防医学协会

## 【有关新型冠状病毒感染症の问诊表】

No	提 问	请在“是”或“不是”处画圈选择。
①	目前症状（发烧 37.5℃以上） *有时也会在就诊现场使用非接触式体温计再次检查您的体温。	是      不是
②	目前症状（有感冒症状）	是      不是
③	2周之内曾与新型冠状病毒感染者有过密切接触	是      不是
十分抱歉，由于以下 No.④、No.⑤提问项要根据状况进行适当变更，所以请您于就诊当天到本协会主页上查看提问内容并予以填写。		
★要求★ 请填写上您在主页上查看到的问诊表编号。		<b>问诊表编号</b>
④	是否符合提问④（请查看本协会主页）	是      不是
⑤	是否符合提问⑤（请查看本协会主页）	是      不是

**若您符合提问①～⑤中的任何一项，这次就不能参加就诊。**

- 有①、②提问项症状的人员，请在已痊愈或确认没有问题后再次申请预约。符合③～⑤提问项的人员，请在过完相应期间后再次申请预约。
- 为防止就诊人员之间相互感染，请务必在就诊现场佩戴口罩。  
(不戴口罩的人员，可能无法就诊。)
- 若感染上新冠病毒，病情就容易恶化的基础病患（糖尿病、呼吸系统疾病等）人员，若对就诊感到不安，请推迟就诊。

### 【签名栏】

关于上述内容，我已理解并予签名。

填写日期      年      月      日

事业单位名称

所属部门等

签名

(就诊者姓名)

**于就诊当天早上填写，请务必自备带来**

※ 该个人信息将仅使用于新冠病毒感染预防措施。

Nhằm mục đích ngăn chặn sự lây lan của dịch COVID-19,  
rất mong bạn hợp tác trả lời Bảng câu hỏi y tế này.



Hiệp hội Dịch vụ Y tế tỉnh Ishikawa



Hiệp hội Dịch vụ Y tế tỉnh Ishikawa

## Bảng câu hỏi y tế về Dịch virus Corona 2019 (COVID-19)

Số	Câu hỏi	Vui lòng khoanh vào “Có” hoặc “Không”.	
①	<b>Triệu chứng hiện tại (Bạn có sốt từ 37,5 độ trở lên không?)</b> * Trong một số trường hợp, khi đến địa điểm của chúng tôi để khám sức khỏe, chúng tôi sẽ kiểm tra lại nhiệt độ của bạn bằng nhiệt kế không tiếp xúc.	Có	Không
②	<b>Triệu chứng hiện tại (Bạn có triệu chứng cảm lạnh nào không?)</b>	Có	Không
③	<b>Bạn có từng tiếp xúc gần với bệnh nhân nhiễm COVID-19 trong vòng hai tuần gần nhất không?</b>	Có	Không
<b>Câu hỏi Số 4 và 5 sau đây có thể sẽ được thay đổi phù hợp tùy theo tình hình. Vì vậy, vui lòng xem trên trang web của chúng tôi vào ngày bạn khám sức khỏe.</b>			
Vui lòng điền vào đây số phiên bản của bảng câu hỏi y tế trên trang web chúng tôi		<b>Phiên bản của Bảng câu hỏi Y tế</b>	
④	<b>Vui lòng xem trên trang web của chúng tôi rồi trả lời câu hỏi Số 4</b>	Có	Không
⑤	<b>Vui lòng xem trên trang web của chúng tôi rồi trả lời câu hỏi Số 5</b>	Có	Không

**Nếu bạn trả lời là “Có” cho bất kỳ câu hỏi nào trong số những câu hỏi này, chúng tôi đề nghị bạn không đến khám sức khỏe.**

- Nếu trường hợp của bạn rơi vào Câu hỏi Số 1 hoặc 2, vui lòng đăng ký khám sức khỏe lại sau khi bạn đã hồi phục hoàn toàn hoặc đảm bảo rằng không có bất kỳ vấn đề gì.  
Nếu trường hợp của bạn rơi vào Câu hỏi Số 3, 4 hoặc 5, vui lòng đăng ký khám sức khỏe lại sau một tháng tính từ thời gian bạn đã lưu trú ở khu vực đó.
- **Vui lòng đeo khẩu trang để tránh lây nhiễm COVID-19 giữa các khách hàng.**  
(Nếu bạn không đeo khẩu trang, chúng tôi có thể sẽ từ chối khám sức khỏe cho bạn)
- Đối với những khách hàng mắc các bệnh nền như bệnh tiểu đường, bệnh đường hô hấp;  
Nếu bạn lo lắng về nguy cơ những căn bệnh này chuyển biến nặng hơn do sự lây nhiễm của COVID-19, vui lòng dời lịch khám sức khỏe sang một ngày khác sau đó.

[Chữ ký]

**Tôi đã hiểu rõ các nội dung nêu trên, và xin ký tên xác nhận.**

Ngày      tháng      năm

Tên xướng của bạn

Chi nhánh

Chữ ký

**Vui lòng điền phiếu trả lời này vào buổi sáng ngày bạn khám sức khỏe  
và mang theo phiếu trả lời này khi đến khám.**

\* Thông tin cá nhân bạn điền trong phiếu trả lời này sẽ chỉ được sử dụng cho mục đích ngăn chặn sự lây lan của COVID-19.




Dengan Maksud Mencegah Penyebaran COVID-19,  
Kami mengajak Anda Mengisi Lembar Inquiry Medis.

ASOSIASI LAYANAN KESEHATAN ISHIKAWA



ASOSIASI LAYANAN KESEHATAN ISHIKAWA

## Lembar inquiry medis untuk penyakit Virus Corona 2019 (COVID-19)

No	Pertanyaan	Silakan jawab "Ya" atau "Tidak".
①	<b>Gejala saat ini (Apakah suhu tubuh Anda 37,5 derajat atau lebih?)</b> * Medical check-up di tempat kami, dalam beberapa kasus untuk suhu tubuh diukur ulang dengan termometer model tanpa sentuh tubuh.	Ya    Tidak
②	<b>Gejala saat ini (Apakah ada gejala masuk angin?)</b>	Ya    Tidak
③	<b>Apakah Anda pernah kontak dekat dengan pasien terinfeksi COVID-19 dalam dua minggu?</b>	Ya    Tidak
<p>Kemungkinan ada perubahan menurut situasinya pada pertanyaan No. ④ dan ⑤ berikut ini. Jadi, sebelum diisi harap pastikan dulu isi pertanyaan pada situs web kami di hari medical check-up Anda.</p> <p>Silakan tulis nomor versi lembar inquiry medis pada situs web kami.  <b>Nomor versi lembar inquiry medis</b></p>		
④	<b>Apakah Anda memenuhi pertanyaan No.④(Silakan lihat situs web kami)</b>	Ya    Tidak
⑤	<b>Apakah Anda memenuhi pertanyaan No.⑤(Silakan lihat situs web kami)</b>	Ya    Tidak

**Bila jawaban Anda sesuai dengan salah satu dari No. ① - ⑤ maka Anda tidak diperkenankan untuk mengikuti medical check-up kali ini.**

- B Silakan ajukan permohonan ulang bagi Anda yang memiliki gejala seperti pada pertanyaan No. ① atau ② setelah kesehatan Anda sudah dipastikan pulih atau tidak ada masalah, dan bagi yang memenuhi pertanyaan No. ③ - ⑤ setelah melewati masa waktu yang disebutkan.
- Guna mencegah tertular diantara Peserta medical check-up, pakailah masker di tempat pemeriksaan kesehatan. (Bagi yang tidak memakai masker tidak akan mendapat layanan medical check-up)
- Bagi yang memiliki penyakit primer (diabetes, penyakit pernafasan dll) yang mudah memburuk ketika tertular COVID-19, bila merasa khawatir diharap menunda pelaksanaan medical check-upnya.

### 【 Tanda Tangan 】

**Saya bubuhkan tanda tangan setelah memahami isi tersebut di atas.**

Tanggal    Hari    Bulan    Tahun    Nama divisi kerja Anda

\_\_\_\_\_

Afiliasi

\_\_\_\_\_

Tanda tangan

**Bawalah lembaran ini dengan sebelumnya Anda Isi pada pagi hari di hari medical check-up Anda**

※ Informasi pribadi Anda yang ditulis pada lembaran ini hanya digunakan untuk mencegah penyebaran COVID-19.

Como medidas de prevenção do COVID-19,  
Por favor, responda o questionário médico.



Associação de medicina preventiva de Ishikawa



Associação de medicina preventiva de Ishikawa

## Questionário sobre o Corona vírus 2019 (COVID-19)

No.	Questão	Circule "Sim " ou "Não".
①	Sintoma atual (Tem febre acima de 37.5) * Em alguns casos, será necessário medir a febre com o termômetro sem contato novamente.	Sim    Não
②	Sintomas atual (tem sintomas de resfriado?)	Sim    Não
③	Dentro de duas semanas, teve contato próximo com paciente do COVID-19	Sim    Não
As questões nº 4 e 5, serão ajustadas de acordo com a circunstância, por favor, <u>verifique as questões, através da homepage desta associação e responda.</u>		
★Por favor ★ Escreva o número que verificou na homepage		<b>Número do questionário</b>
④	Por favor, verifique na homepage e responda à questão nº 4	Sim    Não
⑤	Por favor, verifique na homepage e responda à questão nº 5	Sim    Não

**Se respondeu sim em algumas das questões nº 1 ao 5, não poderá efetuar o exame desta vez.**

- Quando os sintomas forem referentes a questão nº 1 ou 2, solicite novamente o exame médico após certificar que se recuperou completamente ou não há nenhum problema, também, para as questões nº 3 a 5 atingir o período determinado.
- **Utilize máscara** como medida de prevenção da disseminação entre as pessoas do recinto do exame. (caso não utilizar, em alguns casos, não poderá efetuar o exame)
- Pessoas portadoras de doenças crônicas (diabetes, doenças respiratórias) que pode agravar com a contaminação do COVID-19 e sente insegurança para efetuar o exame, por favor, remarque outro exame

**【 espaço para assinatura 】**

**Eu compreendi o conteúdo acima e assino.**

Data    ano    mês    dia

Nome de onde trabalha

Departamento

Assinatura

**Preencha este formulário na manhã do dia do exame e traga o sem falta.**

※ Suas informações pessoais escritas neste formulário, são utilizadas exclusivamente para o controle de disseminação do COVID-19.