

✦ 下記項目に該当する場合は必ずお申し出ください ✦

本日照射予定の
患者さま

☐ 新型コロナワクチン接種を予定している、又は接種をしたことがある

全ての
患者さま

☐ 最近7日以内に新型コロナウイルス感染者と接触があった

※該当する場合は具体的な状況をお聞かせください

例：医療従事者で新型コロナウイルス感染者の看護を担当した等

☐ 最近7日以内に保健所や管轄行政機関より自宅待機を指示された
又は濃厚接触者の指定を受けた

☐ 新型コロナウイルスに感染したことがある

※該当する場合は、医療機関または保健所より、「就業制限解除通知」を受けている、
もしくは解除の指示を受けていますか？

※咳がひどい方の施術はお断りする場合がございます。