

✦ 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うけた**
- 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。