

受診日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

新型コロナウイルス感染症PCR検査 問診票

フリガナ:

氏名： _____ (パスポートNo (海外渡航の方のみ) : (_____))

(ローマ字氏名→パスポートと同様の表記・海外渡航の方のみ) : _____

生年月日：和暦 T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： 〒 _____

電話番号： _____ ※再検査が必要となった場合等にご連絡いたします

証明書 要(和文)・要(英文)・不要・その他(_____)
いずれかに○をおつけ下さい。

① 以下にあてはまるものに【 】内に○をつけて下さい。

- | |
|--|
| <p>【 】 発熱が4日以上続いている</p> <p>【 】 咳・痰・咽頭痛・鼻汁・頭痛・味覚障害・嗅覚障害の症状がある</p> |
|--|

② ①にひとつでも○がついた場合、【 】内に○をつけて下さい。

- | |
|---|
| <p>【 】 コロナ感染症が疑われる人との接触があった</p> <p>【 】 (この1~2ヶ月) 銀座・六本木・新橋・新宿などのクラブやバーへ行った</p> <p>【 】 ライブハウス、カラオケ、ジム、パーティ、() など人の集まる場所に行った</p> <p>【 】 (この1~2ヶ月) 海外にいった</p> <p>【 】 (この1~2ヶ月) 海外からの渡航者との接触があった</p> |
|---|

③ 今回この検査を受けられる目的をご記入下さい。

{ _____ }

検査を受けるにあたっての注意事項

・新型コロナウイルス感染症は、症状がなくても感染を認めることがあります。また、ウイルスが実際にはいない場合でも、PCR検査結果が陽性となることがあります。検査結果が陽性となった場合には、当院より電話連絡を行い、受診等の指示を行います。