

新型コロナウイルス PCR 自費検査問診票

この検査は、現在症状がある方のためのもではなく、現在かかっていないことを証明することを目的としています。よって 症状のある方 {発熱、全身倦怠感、味覚症状、嗅覚症状、咳など} は原則受けられません。

氏名 _____ 年齢 _____ 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

1. この1週間に以下の症状がありましたか？ 該当するものに ○ をつけてください。

a. はい

症状： 発熱 咳 全身倦怠感 呼吸苦 咽頭痛 鼻汁
嗅覚障害 味覚障害 下痢 その他（ _____ ）

b. いいえ

2. アレルギー症状をお持ちの方は下記に記入してください。

{ _____ }

3. 今回の検査の目的を教えてください。

- a. 海外から帰国したため検査したい 渡航先国名（ _____ ）
- b. 海外にこれから行くため検査をしたい 渡航先国名（ _____ ）
- c. 高齢の家族に会う、田舎に帰る、赤ちゃんと会う、免疫が低下している人と会う
- d. 接客業、その他の仕事で使用する （仕事内容： _____ ）
- e. 仕事先から調べることを指示された （会社名 _____ ）
- f. 自分が感染していないか知りたい
- g. その他 （ _____ ）

4. 結果の受けとりかたは、どちらの方法をご希望されますか？ ○ をつけてください。

郵送で受けとる

病院に来院して直接うけとる

院内記載欄

体温： _____ °C

検査実施 可 ・ 否