

新型コロナウイルス感染症PCR検査FAX問診票

ID

記入日

年 月 日

| | | | | | |
|------|-------|-----|---|------|----------|
| フリガナ | | 性別 | | 住所 | |
| 氏名 | | 男・女 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年齢 | 歳 | 電話番号 | 携帯 自宅 |

来院される際のお車についてご記入ください

| | | | | | |
|----|--|---|--|--------|--|
| 車種 | | 色 | | 車両ナンバー | |
|----|--|---|--|--------|--|

1.病状歴

過去14日以内にご自身に以下の症状がありますか？

| 症 状 | なし | あり | いつ頃からですか |
|------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| ①発熱 体温 (°C) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 月 日頃から |
| ②咳 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 月 日頃から |
| ③鼻水 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 月 日頃から |
| ④強いだるさ (原因不明のもの) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 月 日頃から |
| ⑤味がわかりづらい | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 月 日頃から |
| ⑥においがわかりづらい | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 月 日頃から |
| ⑦のどの痛み | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 月 日頃から |
| ⑧呼吸が苦しい | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 月 日頃から |

2.接触歴

過去14日以内に以下の事がありましたか？

| 内 容 | なし | あり |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ①あなたの濃厚接触者で新型コロナウイルス陽性者の方又は疑いの方はいますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ②上記の方とのご関係は？ <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 知人・友人 <input type="checkbox"/> その他 () | | |

3.行動歴

過去14日以内に以下の事がありましたか？

| 内 容 | なし | あり | 移動先 | 移動時期 |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|------|
| ①県外へ行きましたか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | ～ |
| ②海外へ行きましたか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | ～ |
| ③同居・濃厚接触する方に①～②の行動がありましたか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

4.検査方法について・注意事項

| | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|
| ①唾液採取 ストローで 5～10分咥えることができますか？ | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない |
| *できない場合は咽頭採取となるため時間がかかります。 | | |
| ②検査前10:45からの飲食、喫煙、歯磨き、口内洗浄は控えることができますか？ | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない |
| ③本日、10:45～11:30の間に服薬がある場合は、検査終了後に服薬することができますか？ | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない |

- 問診を受信確認後、医師が診断し、検査の可否を判断いたしました上でご連絡いたします。医師より詳しい問診がございますが、お答えください。
- 医師の判断によりPCR検査の可否（検査が必要かどうか）を判断しますので、PCR検査の適応としない場合もあります。
- 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。
- 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。

PCR検査センター使用欄