

紹介状 兼 新型コロナウイルス感染症検査問診票

病院・医院・クリニック名	担当医師名
--------------	-------

連絡用電話番号

記入日 年 月 日

希望する検査方法 ○をお付けください	LAMP法	PCR検査
-----------------------	-------	-------

ID \*PCR検査センター使用欄

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

来院される際のお車についてご記入ください

車種	車両の色	車両ナンバー
----	------	--------

1.病状歴

体温  °C

過去14日以内にご自身に以下の症状がありますか？ 該当する項目に☑と記入をお願いします。

症 状	なし	あり	いつ頃からですか	症 状	なし	あり	いつ頃からですか
①発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月 日頃から	⑤味覚・嗅覚異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月 日頃から
②咳・喉の痛み・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月 日頃から	⑥食欲不振・下痢	<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	⑦その他			
④原因不明の強いだるさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月 日頃から				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？ 該当する項目に☑をお願いします。

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？ 該当する項目に☑と、記入をお願いします。

内 容	なし	あり	移動先・渡航先	移動・渡航時期
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

該当する項目に☑をお願いします。

①唾液の採取ができますか？ *できない場合は咽頭採取となるため時間がかかります。	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
②検査実施の 30分前からの飲食、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検査実施の 30分前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

PCR検査センター使用欄

Drサイン