

# 新型コロナウイルス感染症PCR検査 問診票

(ふりがな)

氏名： \_\_\_\_\_

※渡航用に必要な場合

パスポートNo： \_\_\_\_\_

※渡航用に必要な場合

ローマ字氏名（パスポートと同様の表記）： \_\_\_\_\_

生年月日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

検査の目的： \_\_\_\_\_

※検査結果が「陽性」、再検査が必要となった場合等にご連絡いたします

この検査は、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。よって現在症状のある方、過去に症状があった方（以下①に該当する方）は検査を受けられません。

① 以下にあてはまるものに【 】内に○をつけて下さい。

【    】 14日以内に37.5° 以上の発熱があった

【    】 14日以内に咳・痰・倦怠感・咽頭痛・鼻汁・頭痛、味覚・嗅覚異常があった

【    】 14日以内に、新型コロナウイルス感染症が疑われる人との接触があった

②健康証明書（結果報告）の受取方法について

郵送にて発送となりますが、来院にて受取希望の際は下記【    】内に○をつけて下さい。

\* 結果通知まで検査日を含め3~5営業日程かかります（郵送の場合は 1~2日追加になります）

【    】 来院にて受取希望

## \* 病院使用欄

検査日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

当日体温： \_\_\_\_\_ °C      検査の可否： 可 ・ 否

結果報告予定日 検査会社→病院： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（    ）

午前 ・ 午後 予定

結果通知到着予定日 病院→患者： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（    ）頃

\* 地域よっての郵送時間考慮

確認：  受取の際の窓口対応時間の説明