

No. _____

新型コロナウイルス感染症PCR検査問診票（自費）

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

① 名前・年齢・連絡可能な電話番号・住所・生年月日をご記入ください。

ふりがな
氏名 _____ 男・女 年齢 _____ 歳 電話番号 _____

〒

住所 _____ 生年月日 T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査前体温 _____ °C

② 以下の質問に「はい」または「いいえ」にチェック☑を入れてお答えください。（検査当日）

| | | | |
|---|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1 | 14日以内に37.0以上の発熱がありましたか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 | 14日以内に風邪症状（咳・鼻汁・倦怠感・咽頭痛・嗅覚味覚異常など）がありましたか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 | 14日以内に新型コロナウイルス感染者、及び濃厚接触者と接触がありましたか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

※上記項目に1つでも「はい」に該当する場合は、検査をお受けすることができません。

③ 検査を希望される目的をご記入ください。

（目的： _____ ）

④ 陰性証明書を希望されますか。

希望する ・ 希望しない

医療法人 新田内科クリニック