

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）はありましたか。	<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

⑤ 新型コロナワクチン接種を接種されましたか

接種した ・ 接種してない

↓

（2回目 \_\_\_\_\_ 月、又は3回目 \_\_\_\_\_ 月）

医療法人 新田内科クリニック