

# 問診票(新型コロナウイルス感染症の PCR 検査など)

この問診票はパスポートと一緒にメールに添付返信あるいは FAX(028-666-0850) をご返信下さい。

202301121

記載日

記載時刻

これまでの経過につきましておたずねします。お手数ですが 診療上大切ですので、ご協力をお願いいたします。何かご不明な点などありましたらお尋ねください。

初めて当院に受診(予定)した。  受診したことがある。 現在の体温.....度

お名前 ふりがな.....

( 男 ・ 女 ) 年齢.....歳

電話番号.....中国渡航の場合は中国滞在先の電話番号

検査日.....時間.....出国日.....出国時間.....出国先.....

■ 受診理由 ;  新型コロナウイルス感染症の PCR 検査 陰性証明書発行(  必要  不要)

1. 記載日から過去 14 日の間に下の 症状がありますか？(あれば  をしてください)

現在の症状  なし  あり

発熱  咳  呼吸困難  のどの痛み  嘔吐  下痢  全身倦怠感

においを感じない  味を感じない  発疹  皮下出血

※上記以外の症状

上記の症状(症状がある方)で 本日迄に 医療機関を受診されましたか？。

いいえ  はい

※  はいの 場合には記載して下さい → 医療機関名.....受診日.....

2. 過去 2 週間以内に、公共の交通機関(電車、新幹線、飛行機など)をつかって移動しましたか？。

いいえ  はい 2 週間以内の海外渡航歴  ある  ない

※ はいの 場合には具体的に記載して下さい → .....

3. 過去 2 週間以内に、 飲食店  映画館  カラオケボックス  ジム などに行かれたことがありますか。

いいえ  はい

※ 「はい」 場合には日付・場所等具体的に記載して下さい → .....

4. ご家族の方・勤務先・学校で 現在 発熱などの症状がある かたはいらっしゃいますか？

いない  いる (どなたですか ? )

5. 現在、定期的に何かお薬をおのみになっていますか？

いいえ  はい

傷病名.....内服薬の内容.....

6. アレルギーなど特異体質といわれたことはありますか？ (  いいえ  はい)

7. 鼻の手術・処置は受けたことがありますか？。

なし  あり  ありの場合.....歳 / 手術・処置の内容.....)

9. 新型コロナウイルス感染症に罹患したことがありますか？。

なし  あり  ありの場合.....日付を記載して下さい.....)

【個人情報の取り扱いについて】 ご協力いただきました個人情報は安全かつ厳密に管理します。法令に定めるもののほか第三者に開示することはありません。

なお、個人情報の訂正・削除につきましては 当院受付窓口まで御相談ください。