

# 新型コロナウイルス PCR検査 問診票

◎ 氏名 (カタカナ) \_\_\_\_\_

(漢字)

性別 男 : 女

生年月日 T・S・H 年 月 日

検査ラベル

◎ 受付当日の朝の体温 ( )℃ 受付時の体温 ( )℃

\* 下記の当てはまる方を○で囲んでください

(1) 新型コロナウイルス感染症に感染し、完治と診断されて1ヶ月以内である  はい  いいえ

(2) 2週間以内に保健所から濃厚接触者と認定された ( 月 日)  はい  いいえ

(3) 2週間以内に下記症状はありましたか？

1	37.0℃以上の発熱があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	解熱剤を使用した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	咽頭痛、咳、痰、呼吸困難、息切れ、強いだるさがあった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	鼻水、鼻づまり、嗅覚（におい）、味覚（あじ）の低下があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	頭痛、関節痛、筋肉痛があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	下痢、嘔気、嘔吐があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(4) 2週間以内の接触歴について

1	上記(1)の症状がある方と接触した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	新型コロナウイルス感染症の方やその濃厚接触者と接触した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(5) 2週間以内の行動歴について

1	渡航歴がある (はいの場合：国 期間： 月 日 ~ 月 日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	県外へ移動、滞在した (はいの場合：都道府県 期間： 月 日 ~ 月 日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(6) 持病について

1	糖尿病、心不全、呼吸器疾患、腎臓病、透析治療中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	免疫抑制剤・抗がん剤使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(7) 新型コロナウイルスワクチンは接種済みである ( 回)  はい  いいえ