

## 【新型コロナウイルス PCR 検査（自費）問診票】

記入日 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_

### 1. 臨床症状について

過去 14 日以内に下記の症状がありましたか？ 該当するものに☑をいれてください。

症状があった

- 発熱    咳    鼻水・鼻づまり    のどの痛み    息苦しさ  
全身倦怠感    嗅覚・味覚障害    筋肉・関節痛    頭痛  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

症状はない

### 2. 移動歴・接触歴について

過去 14 日以内についてお聞きします。 該当するものに☑をいれてください。

- 海外渡航歴や国内移動歴・滞在歴がある。  
新型コロナウイルス感染症患者との接触があった。  
海外渡航歴もしくは国内感染流行地域へ行った人との接触があった。  
周囲に「新型コロナウイルス感染症濃厚接触者」と保健所から指定された人がいた。  
周囲に上記のような症状のある人がいる。（続柄： \_\_\_\_\_ ）

海外渡航歴もなく、国内移動歴・滞在歴、また接触歴もない。

### 3. 今回の検査目的を教えてください。

- 地元への帰省や高齢の家族や赤ちゃん、免疫が低下した人と会うため  
仕事で必要なため  
職場から調べることを指示されたため  
自分が感染していないか知りたい  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

### 職員記載事項

来院時体温	症状なし確認	移動歴・接触歴なし確認
℃		