

新型コロナウイルス検査 問診票

以下の内容について全て記載をお願いします。

検査実施日 月 日 時 分

(フリガナ) 患者氏名	生年	大・昭・平・令	年(西暦)	年	性別
	月日	月	日(	歳)	
職業	団体申込の場合 所属先(必須)				
住所	〒 _____ - _____				
	電話番号(日中必ず連絡がつく主連絡先)① ( ) - _____				
	陽性の場合に上記番号につながらない場合の副連絡先(家族、肉親)② ( ) - _____				
	陽性の場合に上記番号につながらない場合の副連絡先(職場)③ ( ) - _____				
陰性の場合も①②③の順でご連絡をします					
※患者が未成年 保護者氏名	住所	電話 ( )			-

症状の有無	無・有				
有の場合 該当する 症状に○	発熱	最高	℃	: _____ 月 _____ 日 頃より	その他症状(自由記載)
	咳			: _____ 月 _____ 日 頃より	
	痰			: _____ 月 _____ 日 頃より	
	息苦しさ			: _____ 月 _____ 日 頃より	
	味覚異常			: _____ 月 _____ 日 頃より	
	嗅覚異常			: _____ 月 _____ 日 頃より	

陽性者と接触の有無 無・有(誰が陽性でしたか: ) ※症状、陽性者と接触とも無い方は  
自費検査となります。

どのような場面で濃厚接触しましたか?(例: 職場、会食 )

ここ1ヶ月にPCR検査を受けましたか いいえ・はい →はいの方は何日前に受けましたか 日前

新型コロナウイルスワクチン接種歴 1回目 有( / )・無 2回目 有( / )・無

ワクチン種類 :

下記に当てはまる疾患がございましたら、○をつけてください。  
悪性腫瘍・慢性閉塞性肺疾患(COPD)・慢性腎臓病・高血圧・糖尿病  
脂質異常症・肥満(BMI30以上)・喫煙歴・その他( )

※ 以下、病院使用欄

(受付時記入)

当日体温 \_\_\_\_\_℃ 酸素飽和度 \_\_\_\_\_%

医師の確認 濃厚接触歴あり・症状よりコロナウイル スへの感染疑い のため、抗原検査・PCR検査を指示する。  
指示医 \_\_\_\_\_

結果 陽性・陰性

通知 本人: \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時 保健所: \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時