

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 月日	大・昭・平・令	年(西暦	年)	性別 男・女
		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
	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
その他症状(自由記載)					

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

現在、治療中の疾患はありますか? ()

※ 以下、病院使用欄

(受付時記入) 支払い 済み ・ 未 ・ 会社請求
保険 負担なし(医療証 ・ 生活保護) ・ 1割負担 ・ 2割負担 ・ 3割負担
(高齢者) (高齢者)

当日体温 _____ ℃

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