

受診日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診時体温： _____ °C

新型コロナウイルス検査 問診票

氏名： _____

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 診察券番号： _____

住所： _____

電話番号： _____ ※再検査が必要となった場合等にご連絡いたします

① 以下にあてはまるものに【 】内に○をつけて下さい。

- | |
|--|
| <p>【 】 発熱が4日以上続いている</p> <p>【 】 咳・痰・咽頭痛・鼻汁・頭痛の症状がある</p> |
|--|

② ①にひとつでも○がついた場合、【 】内に○をつけて下さい。

- | |
|---|
| <p>【 】 コロナ感染症が疑われる人との接触があった</p> <p>【 】 (この1~2ヶ月) クラブやバー、接待を伴う飲食店へ行った</p> <p>【 】 ライブハウス、カラオケ、ジム、パーティなど人の集まる場所に行った</p> <p>【 】 (この1~2ヶ月) 海外にいった</p> <p>【 】 (この1~2ヶ月) 海外からの渡航者との接触があった</p> |
|---|

③ PCR 検査結果証明書の受取方法 【 】内に○をつけて下さい

- 【 】 当院来院にて受取
- 【 】 自宅へ郵送

* 交付まで検査日を含め4営業日程かかります (郵送の場合は2~3日追加になります)

検査を受けるにあたっての注意事項

- ・ 上記問診で該当するものがある場合、翌日以降保険診療での受診となる場合があります。(診察時の医師の判断により新型コロナウイルス検査が必要かどうかを判断しますので、新型コロナウイルス検査の適応とならない場合もあります。)
- ・ 新型コロナウイルス感染症は、症状がなくても感染を認めることがあります。また、ウイルスが実際にはいない場合でも、新型コロナウイルス検査結果が陽性となる場合があります。検査結果が陽性となった場合には、当院より電話連絡を行い、受診等の指示を行います。