



PCR 検査問診票

ID: _____

検温結果: _____ °C

受診者氏名: _____ 生年月日: _____ 年 月 日

住所: _____ 電話: _____

既往歴: _____ アレルギー有無: _____

該当するすべてにチェック してください。

・現在の症状

- 37.5°Cを超える発熱
- 倦怠感
- 筋肉痛
- 悪寒
- 咳
- 呼吸苦
- 息切れ
- 味覚障害
- 嗅覚障害

・暴露歴（過去2週間以内）

- COVID19 陽性患者との濃厚接触歴
- COVID19 疑い患者との濃厚接触歴
- 海外渡航歴

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日（検査当日の日付をご記入ください）

署名 _____（未成年の場合 保護者署名）