

PCR 検査問診票

ID : _____

(フリガナ)

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 : _____

SpO₂: _____ %

該当するすべてにチェック して下さい

・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
- 咽頭痛
- 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

・ワクチン接種

- 有 (1 回目 2 回目 3 回目 4 回目 5 回目) 無

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (検査当日の日付をご記入下さい)

署名 _____

(未成年の場合は保護者署名)