

受診日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診時体温： _____ °C

新型コロナウイルス感染症PCR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 PCR 検査が必要かどうかを判断しますので、PCR 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、PCR 検査結果が陽性となることがあります。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。