

新型コロナウイルス検査 問診票

フリガナ 氏名				性別	男 ・ 女	
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日生	年齢	才
住所	〒 _____					

電話番号			携帯番号			

1. 本日の体温 _____ °C
2. この1週間に以下の症状がありましたか？ 該当するものに ○ をつけてください。
はい

発熱	咳	全身倦怠感	呼吸苦	咽頭痛	鼻汁	嗅覚障害	味覚障害
その他(_____)							

 いいえ
3. アレルギー症状をお持ちの方は下記に記入してください。

--
4. 今回の検査の目的を教えてください。【 】内に ○ をつけてください。

【 】 海外から帰国したため検査したい	渡航先国名	(_____)
【 】 海外にこれから行くため検査したい	渡航先国名	(_____)
【 】 仕事先から調べることを指示された		
【 】 高齢の家族に会う、帰省、乳児に会う、免疫が低下している人と会う		
【 】 自分が感染していないか知りたい		
【 】 その他	(_____)	
5. ご希望の検査方法はどちらですか？【 】内に ○ をつけてください。

【 】 PCR検査
【 】 抗原検査
6. PCR検査をご希望の方のみご回答ください。
 検査結果の受け取り方法。【 】内に ○ をつけてください。

【 】 郵送で受けとる (2~3日かかります。)
郵送先 (自宅以外の場合) _____
【 】 病院に来院して直接受けとる
7. 会社・団体宛ての領収書を希望の方は、宛先ご記入ください。

※検査結果が陽性でも返金できません。

問診時に症状があり医師が検査の必要があると判断した場合のみ検査が公費扱いとなります。