海外渡航用新型コロナウィルス感染症 PCR 検査申込書兼問診票

※太枠内を当日に記入し、お持ちください。

氏　　名	様	生年月日	西暦　　年　　月　　日 （満　　歳　　ケ月）
ローマ字氏名 (ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄと同様表記)			
住　　所			
電話番号※1		ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ No.	
保護者氏名※2		検　査　日	年　　月　　日

※１　再検査が必要となった場合や陽性反応がでた場合に連絡がとれる電話番号を記入してください。

※２　検査希望者（渡航者）が未成年の場合、保護者の氏名をご記入ください。

質　問　事　項	回答欄	
① 本日、発熱（37.5℃以上）がありますか？ ※37.5℃以上の熱がある方は検査を受けられません。	はい	いいえ
② ２週間以内に、解熱剤を服用しましたか？ ・服用した時期（　　日前　　時間前）	はい	いいえ
③ 感冒症状（咳、鼻水、のどの痛み、息苦しさ）はありますか？ ・いつごろから（　　）	はい	いいえ
④ 味覚・嗅覚症状（味やにおいがしない）はありますか？ ・いつごろから（　　）	はい	いいえ
⑤ 強い体のだるさはありますか？ ・いつごろから（　　）	はい	いいえ
⑥ 下痢等の消化器症状はありますか？ ・いつごろから（　　）	はい	いいえ
⑦ 検査日より４週間以内に新型コロナウィルス感染症、またはその疑いと診断された人と近距離での会話等、接触をしましたか？ ・いつ（　　）　どこで（　　）	はい	いいえ

検査前体温	℃

※必ず「海外渡航用新型コロナウィルス感染症の PCR 検査注意事項」をお読みください。

注意事項について確認しましたので検査を申し込みます。

（本人サイン）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

公立富岡総合病院健診センター