

受診日：西暦 年 月 日 ( )

体温 \_\_\_\_\_ °C

### 新型コロナウイルス感染症自費検査問診票

氏名 (自署)	
住所	電話 - -
所在地	電話 - -
保護者氏名	(続柄)
保護者住所	電話 - -

以下にあてはまるものに○をつけて下さい。

最近の県外 ( ) への往訪歴	あり・なし
最近の海外 ( ) への渡航歴	あり・なし
海外やコロナウイルス感染流行地域から帰省した方との接触 (家族・職場等)	あり・なし
コロナウイルス感染者との接触の有無	あり・なし
最近のクラブやバー、接待を伴う飲食店への利用の有無	あり・なし
ライブハウス、カラオケ、ジム、イベント等の3密が考えられる場所への利用の有無	あり・なし
過去 1 週間以内の発熱、咳、痰、味覚異常、下痢などの風邪症状の有無	あり・なし

検査理由を具体的に記入してください。

例：出張で会社への検査結果の提出が必要なため

※記載される個人情報、保健機関が必要とする場合には提出することがあります。

ご了承ください。