

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。