

COVID-19 PCR検査問診票

フリガナ			明治	大正	昭和	平成	西歴
名前		誕生日	年 月 日				
性別	男 女						(才)
電話番号		メール	PCメールアドレスをご記入ください。 @				
住所	〒						
職業							
体温	°C						

◆	一週間以内に、37.5℃以上の発熱がありましたか	はい	いいえ
◆	一週間以内に、咳がでましたか	はい	いいえ
◆	過去にコロナウィルスを疑う発熱がありましたか	はい	いいえ
◆	過去にコロナウィルスを疑う咳がありましたか	はい	いいえ
◆	過去に嗅覚異常はありましたか	はい	いいえ
◆	過去に味覚異常はありましたか	はい	いいえ
◆	過去に疲労感、倦怠感がありましたか	はい	いいえ
◆	過去に胸の痛み、圧迫感がありましたか	はい	いいえ
◆	渡航先はどちらですか？	渡航先	
	いつから	いつまで	
◆	過去にコロナウィルス感染疑いのため、PCR検査を受けたことがありますか？ (はいの場合、陽性が陰性に○をしてください)	はい	いいえ
	陽性 陰性 (月 日)		
◆	COVID-19の患者またはその疑いがある方と接触しましたか？ (はいの場合、いつごろどのような方と接触しましたか) いつ 関係性	はい	いいえ
◆	結果証明書(日本語)は必要ですか？	はい	いいえ
◆	英文で書類が必要な方 氏名ローマ字 () パスポート番号 ()		

英語書類が必要な方は、パスポート通りのお名前をご記入ください。