

# 新型コロナウイルス PCR 検査問診票

		来院日	年	月	日
フリガナ			男 ・ 女		
氏 名					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢 才
現住所	〒				
自宅電話			携帯電話		

以下の質問事項①～⑩にお答え頂き、□にチェックしてください。

① 現在、症状はありますか？

はい       いいえ

「はい」と答えられた方はどのような症状ですか？（複数選択可）

発熱       息切れ・呼吸困難       寒気       せき       味覚の異常  
 嗅覚の異常       頭痛       鼻汁       のどの痛み       筋肉痛       その他

\*発熱がある方は、いつから何度ありますか？

\*その他の症状がある方は、いつからどのような症状ですか？

② 過去に上記のような症状はありましたか？

はい       いいえ

「はい」と答えられた方はいつからどのような症状が何日続きましたか？

③ 体温測定をされている方は日付と体温を書いてください。

（体温表をお出し頂いても結構です）

④ 周りに新型コロナウイルス感染症と診断された方はいますか？

はい       いいえ



医療法人

田代クリニック

TASHIRO CLINIC

氏名 \_\_\_\_\_

⑤ 新型コロナウイルスワクチンは接種されましたか？

はい  いいえ（予定日 \_\_\_\_\_）

「はい」と答えられた方は、接種時期を教えてください。

1回目： \_\_\_\_\_、2回目： \_\_\_\_\_

⑥ PCRの結果はTELにて連絡させていただきますが、紙による検査結果（無料）を希望されますか？

はい  いいえ

⑦ 陰性証明書（有料）を希望されますか？

はい  いいえ

陰性証明書を希望される場合

和文（3,300円 税込）  英文（5,500円 税込）

⑧ ご希望の検査方法を教えてください。

唾液  鼻咽頭  どちらでも可

\*「どちらでも可」を選択された場合は唾液での検査となります

⑨ 検査費用や陰性証明書費用の領収証はご希望ですか？

必要  不要

必要の場合、宛名は

個人名  会社名（ \_\_\_\_\_ ）

⑩ 来院方法を教えてください。

車  タクシー  徒歩  その他（ \_\_\_\_\_ ）

車で来られる場合、ナンバーと車種、色を教えてください。

ナンバー： \_\_\_\_\_、車種： \_\_\_\_\_、色： \_\_\_\_\_



医療法人

田代クリニック

TASHIRO CLINIC