

新型コロナウイルス(COVID19)PCR受検者専用問診票

2020 年 月 日

この問診票は厚労省管理支援システム（HER-SYS）入力内容に準拠していますのでPCRまたは抗原定性検査で陽性と判明した場合、この用紙の記載事項に基づき保健所に報告を行いません。PCR検査を受けられる場合は、もれなく記載をお願いいたします。

フリガナ _____ *ここは記載不要
氏名 _____ (ID _____)
生年月日 (大正、昭和、平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 歳
国籍 日本、中国、韓国、USA その他 ()
(未成年の場合：保護者氏名 _____ (続柄 _____))
現住所 〒 _____ 県 _____
電話番号 (_____) _____ - _____ 携帯番号 _____
職業 _____ 会社名 (_____)
最近2週間の渡航歴： なし、あり (国名 _____)
最近2週間でCOVID19流行地 (東京、大阪、福岡、北海道など) へいきましたか？
いいえ いった 行った場所 (_____)
COVID19と診断された人との接触 なし あり
現在 症状なし 症状あり 本日の腋窩体温 _____ °C

*以下症状のある方は記載ください

現在認める症状 : 当てはまる症状にチェックを入れてください。

共通症状 : 発熱 咳、 咽頭痛、 全身倦怠感

COVID19を疑う症状 : 味覚異常 嗅覚異常 息切れ 胸痛

感染性腸炎を疑う症状 : 嘔吐 下痢 食欲不振

インフルエンザを疑う症状 : 強い全身倦怠感 関節痛 筋肉痛

●家族内に同様の症状の人がいますか？ はい いいえ

“はい”の方は症状のある家族構成員 (父、母など) を教えてください。

(_____)

発症から来院までの症状経過 (いつどんな症状で始まり、来院までにどうなったか) :

現在治療中の病気 :