

# 新型コロナに関する検査前 予診票及び同意書

(記入日 年 月 日)

氏名		フリガナ		生年月日		年齢	性別
				年 月 日		才	男・女
住所(本人)						連絡先	
〒						電話	
						Eメール	
ご本人に連絡がつかない場合の連絡先						勤務先名	
氏名		ご関係		電話			

下記、注意事項についてご確認・了承頂けましたらして下さい。

- 当院の新型コロナウイルス関連検査は、海外渡航予定者など感染の疑いの無い方に対して検査を行います。発熱等の有所見者、及び新型コロナウイルス感染陽性者との濃厚接触者の方は保健所を通じて適切な施設で受診して下さい。
- 新型コロナウイルス感染症は、症状がなくても感染を認めることがあります。症状を認めない場合でも、検査結果が陽性となった場合には、検査内容に応じて、感染症法に基いて、無症候性病原体保有者としての届け出を行う必要が生じることがあります。陽性の結果の場合は問診票に記載されている連絡先に連絡させていただきます。
- 当院は自費のクリニックになります。検査結果が陽性の場合においても検査費用は無料にはなりません。

以下の質問項目について該当する箇所に○印,及び必要事項をご記入下さい

①今までにかかった病気はありますか。

病名:

②現在治療中、または、今までに病気や大きな怪我、手術した事がある方はご記入下さい。

はい・いいえ ※はいの方については具体的にお願ひ致します。

[ ]

③2週間以内に新型コロナウイルス感染症(疑いを含む)の方と適切な予防をせずに接触したあことがありますか。

はい・いいえ ※はいの方については具体的にお願ひ致します。

[ ]

④1週間以内に37.5度を超える発熱があった、又は咳・咽頭痛・鼻汁・頭痛・味覚障害・臭覚障害等の症状がありますか。

はい・いいえ ※はいの方については具体的にいつから何度の熱が何日間続いたか具体的に記入願ひます

[ ]

⑤新型コロナウイルスワクチン接種は実施されていますか

はい・いいえ ※はいの方については下記の質問お答え下さい。

○1回目接種日: 年 月 日 ○2回目接種日:: 年 月 日

○ワクチンの種類(ファイザー製・モデルナ製・アストラゼネカ製・その他( ))

上記の質問で該当項目がある場合には、保健所での対応となる場合があります。

上記、及び注意事項について理解したので、PCR検査実施に同意する。

署名

\_\_\_\_\_