

新型コロナウイルス抗体検査問診票

ふりがな

お名前

男・女 生年月日

年 月 日生 (歳)

〒 -

ご住所

電話番号 ()

① 体温 °C

② においや味がわからない等の症状がありますか？ はい いいえ

③ のどの痛み、鼻水、咳、痰、胸の痛み、息苦しさはありますか？ はい いいえ

④ 新型コロナウイルス感染症と診断された方と長時間接触されましたか？ はい いいえ

⑤ 1ヶ月以内の海外渡航歴はありますか？ はい いいえ

⑥ 新型コロナウイルスのPCR検査を受けたことがありますか？ はい いいえ

本検査について以下のことに同意をお願いいたします。

本検査結果により、担当医から保健所に連絡をし、保健所を通じて追加検査を行う場合があります。

ご署名
