



〒859-0497 諫早市多良見町化屋 986 番地 2

FAX 0957-43-2274

電話 0957-43-2111 (代表)

日本赤十字社

送 信 元 :

送信元電話番号 :

新型コロナウイルスの遺伝子増幅検査をご希望の方は以下に連絡先と問診票をご記入の上、事前に FAX または郵送をお願いいたします。

検査希望日	令和	年	月	日 (曜日)
氏名(フリガナ)	生年月日		年	月 日
住所				
電話番号	証明書希望(有料)		有(和文・英文) ・ 無	

※検査結果報告書(無料)は支払い時にお渡しいたします。

【新型コロナウイルスの遺伝子増幅検査の問診票】

1. 症状の有無を口にチェックして、いつから発症したか記入をお願いします。

	なし	あり	いつから		なし	あり	いつから
・発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()	・吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
・咳や痰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()	・頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
・体のだるさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()	・関節や筋肉痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()	・下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
・のどの痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()	・目が赤くなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
・鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()	・味覚・臭覚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
				・その他 ()			()

2. 解熱剤・咳止めを内服していますか？

内服していない ・ 内服している

内服している方は薬品名をご記入ください。

薬品名 :

3. 発症前2週間以内に以下のことがありましたか？ はい、または、いいえに○をしてください。

1) 新型コロナウイルス感染症の流行域へ行かれたか？

はい(地名:) ・ いいえ

2) 新型コロナウイルス感染症の流行域へ行った方と接触がありましたか？

はい ・ いいえ

3) 新型コロナウイルス感染症に感染した方と接触がありましたか？

はい ・ いいえ

4. 基礎疾患があればご記入ください。

[Empty box for recording chronic diseases]

5. 歩行は可能ですか？

はい ・ いいえ

6. 検査を希望された理由に当てはまる番号に○を、その他の場合は内容をご記入ください。

- 1. 海外渡航予定のため
- 2. 感染流行地域からの帰省のため
- 3. その他 ()

注意：検査当日に、保険証でご本人確認を行いますので、必ずご持参ください。