

新型コロナウイルス検査 問診票

ふたばクリニック

住所 〒

電話番号

フリガナ

氏名

性別 男 女

生年月日 昭和、平成、令和、西暦

年 月 日

領収書の宛名 個人名 法人名（法人名を記入）

希望検査 抗原検査
PCR検査（診断書を窓口で受け取る、診断書を郵送する）

1：検査の目的 コロナ陽性者との接触が疑われる場合（職場などからの要請）
移動（帰省、旅行、地方出張） 海外渡航
免疫弱者との接触を予定するため
有症者（発熱など症状のある場合）

2：有症者の場合、症状をお知らせください。

症状はない

発熱

せき・鼻水

味覚障害、嗅覚障害

下痢・消化器症状

その他

3：喫煙していますか？ 喫煙なし 喫煙あり（ 本/日）

4：治療中の病気はありますか？

なし

糖尿病

高血圧

喘息

COPD

免疫抑制剤内服中

ステロイド内服中

抗がん剤治療中

5：女性のみ/妊娠の可能性は？ 妊娠なし 妊娠中（ ヶ月） 不明