

受診日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診時体温： _____ °C
土浦協同病院なめがた地域医療センター

海外渡航前 新型コロナウイルス感染症PCR検査 問診票

氏名： _____

ローマ字氏名（パスポートと同様の表記）： _____

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 診察券番号： _____

住所： _____

電話番号： _____

① 以下にあてはまるものに【 】内に○をつけて下さい。

- | |
|--|
| <p>【 】 発熱が4日以上続いている</p> <p>【 】 咳・痰・咽頭痛・鼻汁・頭痛の症状がある</p> |
|--|

② ①にひとつでも○がついた場合、【 】内に○をつけて下さい。

- | |
|--|
| <p>【 】 コロナ感染症が疑われる人との接触があった</p> <p>【 】 (この1~2ヶ月) クラブやバーへ行った</p> <p>【 】 ライブハウス、カラオケ、ジム、パーティ、() など人の集まる場所に行った</p> <p>【 】 (この1~2ヶ月) 海外にいった</p> <p>【 】 (この1~2ヶ月) 海外からの渡航者との接触があった</p> |
|--|

③ PCR 検査結果証明書の受取方法

当院総合受付にてお渡しとなります。

* 交付まで検査日を含め数日かかります。

* 結果が「陽性」の場合、保健所へ報告させていただき、以降は保健所の指示に従って頂きます。

* 証明書が出来次第、指定の電話番号へご連絡いたします。