

# 発熱外来問診票（無症状）

氏名 \_\_\_\_\_（ ）歳 性別 男・女

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

| 体温 | 脈拍 | 酸素飽和度 |
|----|----|-------|
|    |    |       |

1. 検査を受ける目的は何ですか。

海外渡航・コロナ感染者と濃厚接触・陽性後の陰性確認（発症日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

2. 2週間以内に海外渡航歴はありますか。

なし・あり（国名・地域 \_\_\_\_\_ ）

3. 2週間以内に新型コロナウイルス感染症の患者との接触歴はありますか。

なし・あり（詳細 \_\_\_\_\_ ）

4. 新型コロナウイルスワクチンの接種を受けましたか。

・はい ※(1)～(3)まで一番直近で接種したものを記載して下さい。

|                        |   |
|------------------------|---|
| (1)接種回数に○をつけて下さい。      | 1 2 3 4 回目                                    |
| (2)接種年月日               | 年 _____ 月 _____ 日                             |
| (3)接種したワクチン名に○をつけて下さい。 | 1.ファイザー 2. モデルナ、3. アストラゼネカ<br>4. ノババックス、5. 不明 |

・いいえ

5. 証明書を希望されますか。当てはまる内容に☑してください。

※希望される場合証明書作成料金として¥2,750円（税込み）を頂戴いたします。

陽性の場合のみ必要 陰性の場合のみ必要 陽性、陰性いずれの場合でも必要 不要