新型コロナウイルス・核酸検査（NEAR 法）予診票

※ 出来るだけ同伴者の方がお書きください。不明な点はお伺います。

年　月　日

ふりがな		性別	生年月日	当院で以前診療を受けたことがありますか？
患者氏名	氏　名	男・女	大・昭・平・令　年　月　日　才	ある　年　月頃 ない
現住所	〒□□□－□□□□　TEL（　）			
	市　区 県　市郡			

職業（くわしく　）　体重　kg

問診票　※　必須　下記（　）内はすべてご記入ください

検査を受ける方・同伴者の　ID　（　）（　）

※不明の場合は氏名・保険証で検索します

同伴者の方（または患者さま）

連絡☎　（　）

メール　@

１、行政検査を受けます。　（はい）

２、保健センターへの連絡を了解します。　（はい）

（　）１、発熱患者・・受診前２日～当日　37.5℃以上
37.2℃以上で風邪症状、嗅覚・味覚異常
咳嗽、倦怠感が強い

（　）２、濃厚接触者
コロナ感染確定の方・・氏名（　）
会社名（　）
学校名（　）
その他（　）

濃厚接触者の方については上記をお書きください（１または複数）
（保健センターへの連絡・報告に必要の場合あり）

下記は記入しないでください（当院記入につき）

発熱　℃　SaO2　%　G.C.　○　△　×