

新型コロナウイルス感染症 PCR検査申込み書

フリガナ	男
氏名	女

記入日 2021年 月 日 時 分

生年月日 年 月 日

住所 〒	保護者氏名(父・母・その他) (検査する方が未成年の場合)
電話①() - ②() - (緊急連絡先)	緊急連絡先氏名

症状

①発熱 なし・あり→(日前より・最高 °C) ②咳 なし・あり→(少し・ひどい) ③鼻汁・鼻閉 なし・あり ④呼吸困難感など なし・あり→() 酸素飽和度(%)※測定器に指を挟んで下さい ⑤頭痛 なし・あり ⑥全身倦怠感 なし・あり ⑦筋肉痛・関節痛 なし・あり ⑧吐気／嘔吐 なし・あり→() ⑨腹痛／下痢 なし・あり→() ⑩結膜炎 なし・あり ⑪嗅覚・味覚障害 なし・あり	⑫その他
---	------

感染したと推定される日 2021年 月 日 ・ 不明
 発病日 2021年 月 日 ・ 不明
 他の病院の受診の有無 2021年 月 日 ・ 病院名()
 抗原検査の有無 2021年 月 日 ・ 市販検査キット・病院(行政)検査

感染原因・感染経路(推定できる範囲で構いません)
発病後に接触した人(マスクなしで近距離で15分以上) 同居の家族 (父・母・祖父母・兄弟姉妹・子・他) その他

新型コロナワクチン接種歴 なし・あり→(ファイザー・モデルナ)
 1回目 2021年 月 日 2回目 2021年 月 日

重症化のリスクとなる疾患等 なし・あり 悪性腫瘍・慢性閉塞性肺疾患・慢性腎臓病・高血圧・糖尿病 脂質異常症・肥満(BMI30以上)・喫煙歴・妊娠・その他 その他免疫機能の低下しているおそれ なし・あり 重症化リスクのある同居者 いる・いない 高齢者・障害者に係る施設やサービス利用 なし・あり	「あり」の場合その詳細
---	-------------