

新型コロナウイルス PCR 検査問診票

		来院日	年	月	日
フリガナ			男 ・ 女		
氏 名					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢 才
現住所	〒				
自宅電話			携帯電話		

以下の質問事項①～⑩にお答え頂き、□にチェックしてください。

① 現在、症状はありますか？

はい いいえ

「はい」と答えられた方はどのような症状ですか？（複数選択可）

発熱 息切れ・呼吸困難 寒気 せき 味覚の異常
 嗅覚の異常 頭痛 鼻汁 のどの痛み 筋肉痛 その他

*発熱がある方は、いつから何度ありますか？

*その他の症状がある方は、いつからどのような症状ですか？

② 過去に上記のような症状はありましたか？

はい いいえ

「はい」と答えられた方はいつからどのような症状が何日続きましたか？

③ 体温測定をされている方は日付と体温を書いてください。

（体温表をお出し頂いても結構です）

④ 現在、周りに新型コロナウイルス感染症と診断された方はいますか？

はい いいえ



医療法人

田代クリニック

TASHIRO CLINIC

氏名 _____

⑤ 過去に新型コロナウイルス感染症と診断されましたか？

 はい (時期 _____ 頃) いいえ

⑥ 新型コロナウイルスワクチンは接種されましたか？

 はい いいえ (予定日 _____)

「はい」と答えられた方は、接種時期とメーカーを教えてください。

1回目： _____、2回目： _____

3回目： _____、4回目： _____

⑦ PCRの結果はTELにて連絡させていただきますが、紙による検査結果(無料)を希望されますか？

 はい いいえ

⑧ 陰性証明書(有料)を希望されますか？

 はい いいえ

陰性証明書を希望される場合

 和文(3,300円 税込) 英文(5,500円 税込)

⑨ ご希望の検査方法を教えてください。

 唾液 鼻咽頭ぬぐい液 どちらでも可

*「どちらでも可」を選択された場合は唾液での検査となります

⑩ 検査費用や陰性証明書費用の領収証はご希望ですか？

 必要 不要

必要の場合、宛名は

 個人名 会社名 (_____)

⑪ 来院方法を教えてください。

 車 タクシー 徒歩 その他 (_____)

車で来られる場合、ナンバーと車種、色を教えてください。

ナンバー： _____、車種： _____、色： _____



医療法人

田代クリニック

TASHIRO CLINIC