

※医院記入 受診日時 月 日 時 分 体温 °C 患者番号：

新型コロナウイルス感染症 PCR 検査 問診票 (保険診療)

フリガナ

氏名： 男・女 生年月日：T/S/H/R 年 月 日 才

住所：〒 - 電話番号：

① コロナ患者の方との接触歴 あり・なし 職業：

濃厚接触者認定 あり・なし

- コロナ感染症患者の方が認定された日時： 月 日
- その感染者の方と接触した日付： 月 日
- その方と 2m以内、マスクなしで接触したおよその延べ時間
 15分未満 15分以上 1時間以上 同居している
(その他：記入)

② 症状 あてはまるものに✓をつけてください (複数回答可)

- 特になし
- 発熱 (37.0 度台・ 38 度以上) 月 日から 日間
- のどが痛い せきがでる 鼻汁がでる 痰がでる 息苦しい 体がだるい
- においがわかりにくい 味がわかりにくい 頭痛がある
(その他：記入)

注意事項

- 濃厚接触者の認定がなく、発熱のある方は、インフルエンザなど他の感染症の除外診断をしたうえでコロナ PCR 検査を行います。
- 初診料、コロナ PCR を除く検査料、投薬料などは有料 (保険診療分負担) です。
- 濃厚接触認定者および医師が認めた方のコロナ PCR 検査のみにかかる費用は無料です。
- 会計は 現金 (小銭のご用意をお願いします) クレジットカード (事前に利用可能をご確認ください)
- 可能な方はこの問診票を印刷、記入して (FAX できる方は事前に下記へ送信) 当日持参してください。
- **必ず保険証**・(ある方は**医療券**) をご持参ください。
- 可能であれば是非、車でご来院ください。車内で短時間に診療・検査が行えます。
- 当院に到着後は**待合に入室せず**、玄関から電話かインターフォンでお知らせください。
- 検査は唾液採取で行います。検査前の飲食や歯磨きはお控えください。
- 検体は検査会社で検査いたします。結果は来次第、電話連絡いたします。
(現状で報告は翌日昼頃です。翌日が休診の場合は診療再開時となります)
- 検査結果が陽性となった場合は保健所に報告いたします。
- 感染症法に基づき保健所からの指示に従っていただきますので、外出を控え連絡を待ってください。