

# 海外渡航用PCR検査 問診票

記入日：20 年 月 日

氏名	Name (ローマ字記入:ハ°ス°ト)		生年月日 (ハ°ス°ト)
パスポート	渡航先 (国名)	利用航空便	
No.			
20 年 月 日迄有効		航空 便	
出発予定日時	出発地(空港)	指定証明証	連絡先 (確実に連絡が取れる電話番号)
月 日 時 分予定		有・無	渡航先: ( ) 日本: ( )

●検査日を基準に下記の間診にお答え下さい (該当欄に☑または記入をお願いします)

1. 過去1週間の検温記録を記載してください。							*病院記載 検査日の体温 ℃
7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	前日	
. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
2. 過去2週間の間に下記の症状はありましたか。該当欄に☑して下さい。							
☐37.5℃以上の発熱症状			症状の期間: ( ~ )			☐該当なし	
風邪症状 (☐咳・☐痰・☐喉)			症状の期間: ( ~ )			☐該当なし	
☐息ぐるしさ ☐強い倦怠感			症状の期間: ( ~ )			☐該当なし	
☐味覚異常 ☐嗅覚異常			症状の期間: ( ~ )			☐該当なし	
3. 過去2週間以内にコロナウイルス感染者または感染疑い者との接触はありましたか。							☐いいえ
☐ はい (何時 ところで)							
4. 過去2週間以内の海外渡航歴はありますか。							☐いいえ
☐ はい 「はい」の場合 (下記に記載してください)							
帰国日	渡航先 (国名)		帰国時のPCR検査の有無と結果				
/			無・有 ➡ 結果(陽性・陰性)				
5. 過去2週間以内に下記のような場所や会食等へ行きましたか。							☐いいえ
例: ライブハウス、介護施設、グループ会食、接待会食、スナック等							
☐ はい 「はい」の場合 (下記に記載してください)							
利用日	利用時間	人数	3密、飛沫防止対策対策 該当欄に☑してください				
/	時間	名	☐マスク、☐2mのソーシャルディスタンス、☐1回以上/時間の換気、☐間仕切り				
/	時間	名	☐マスク、☐2mのソーシャルディスタンス、☐1回以上/時間の換気、☐間仕切り				

※不二越病院記入欄 ☐海外渡航用PCR検査 可 ☐海外渡航用PCR検査不可 備考	海外渡航用PCR検査 (鼻腔・唾液)	
	検体採取	月 日 時 分・採取
	検体番号	
	結果	陽性・陰性 年 月 日
	陰性証明	発行 年 月 日
不二越経費振替	コード:	