

帰国者等隔離緩和のためのPCR検査問診票 (2021.11)

記入日：202 年 月 日

氏 名		Name (ローマ字記入:ハ゜ｽﾟｰﾄ)		生年月日 (ハ゜ｽﾟｰﾄ)	
パスポート		国籍		渡航先・出発地 (経由地)	
No.					
20 年 月 日迄有効					
入国年月日		入国地		入国便	
202 年 月 日					
連絡先 (確実に連絡が取れる電話番号)					
()					
滞在場所 (自宅等)					
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他 () 住所：					
受入責任者(企業等)名			責任者(担当)名		連絡先
					()

●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. 水際対策に係わる措置によるPCR検査 <input type="checkbox"/> 3日目～9日目の検査 <input type="checkbox"/> 10日目以降の検査							
2. 帰国後 (帰国日含) の検温記録を記載してください。							
帰国日	帰国1日目	帰国2日目	帰国3日目	帰国4日目	帰国5日目	帰国6日目	*病院記載 検査日の体温 . °C
. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	
帰国7日目	帰国8日目	帰国9日目	帰国10日目	帰国11日目	帰国12日目	帰国13日目	
. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
3. 新型コロナワクチンの2回接種を終了していますか。							
<input type="checkbox"/> はい 【1回目：202 年 月 日 / 2回目：202 年 月 日】							<input type="checkbox"/> いいえ
【接種ワクチン： <input type="checkbox"/> ファイザー、 <input type="checkbox"/> モデルナ、 <input type="checkbox"/> 他()】							
4. 過去2週間の間に下記の症状はありましたか。							
<input type="checkbox"/> 37.5°C以上の発熱症状			症状の期間： (~)				<input type="checkbox"/> 該当なし
<input type="checkbox"/> 風邪症状 (<input type="checkbox"/> 咳・ <input type="checkbox"/> 痰・ <input type="checkbox"/> 喉)			症状の期間： (~)				<input type="checkbox"/> 該当なし
<input type="checkbox"/> 息ぐるしさ <input type="checkbox"/> 強い倦怠感			症状の期間： (~)				<input type="checkbox"/> 該当なし
<input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常			症状の期間： (~)				<input type="checkbox"/> 該当なし
<input type="checkbox"/> 上記以外に気になる症状はありますか							<input type="checkbox"/> 該当なし

※不二越病院記入欄	帰国者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