

海外渡航用 PCR 検査問診票

ID: _____ (※病院記入)

検温結果: _____ °C (※病院記入)

受診者氏名: _____

該当する事項すべてにチェック☑してください。

・現在の症状

- 37.5°Cを超える発熱なし
- 倦怠感なし
- 筋肉痛なし
- 悪寒なし
- 咳なし
- 呼吸苦なし
- 息切れなし
- 味覚障害なし
- 嗅覚障害なし

・暴露歴(過去 2 週間以内)

- COVID19 陽性患者との濃厚接触歴なし
- COVID19 疑い患者との濃厚接触歴なし

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (検査当日の日付をご記入ください)

署名 _____ (パスポートと同署名)