

海外渡航者向け PCR 検査 申込み用紙 兼 問診票

検査日時： 年 月 日 時 分

*希望する検体採取法にチェック☑マークを入れてください

- 唾液
 鼻咽頭スワブ

(フリガナ)

氏名

男 ・ 女

パスポート表記の氏名
(ローマ字表記) :

生年月日：(西暦) 年 月 日

パスポート番号：

国籍： 渡航先(国名)： 経由国：

出発港：羽田発/ 成田発/ []発

搭乗予定フライト： 月 日 時 分 航空 便

ご本人住所： _____

ご本人電話番号： _____
(移動中でも連絡がつく電話番号をご記入ください。)

ご本人以外の緊急連絡先お名前： _____ 様(続柄) TEL: _____
(万一ご本人に連絡がつかない場合にご連絡させて頂くことがあります。)

ご勤務先名： _____ TEL: _____

問診票： 太枠内に○をつけてください

			医師記載欄
①	過去 14 日以内に 37.5 度の発熱がありましたか？	はい・いいえ	_____ °C
②	現在、倦怠感、咳、痰、咽頭痛、鼻汁、頭痛、呼吸困難、筋肉痛がありますか？	はい・いいえ	
③	現在、味覚・嗅覚異常がありますか？	はい・いいえ	
④	過去 14 日以内に海外渡航をしましたか？	はい・いいえ	
⑤	過去 14 日以内に新型コロナウイルス 陽性者との濃厚接触がありましたか？	はい・いいえ	
⑥	過去 14 日以内に新型コロナウイルス陽性と診断されましたか？	はい・いいえ	
⑦	新型コロナウイルス のワクチンを打ちましたか？ (1回目接種日： 月 日 2回目接種日 月 日) ワクチンの種類：(ファイザー/ モデルナ/ アストラゼネカ/ ジョンソン&ジョンソン/ 他 ())	はい・いいえ	