受診日：西暦　　　　　年　　　月　　　日

受診時体温　　　　　　ºC

**海外渡航のための新型コロナウイルスPCR検査 問診票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | パスポートNo. |  |
| ローマ字氏名 |  | | |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 住所 | 〒　　　　- | | |
| 電話番号 | Tel: 　　　　-　　　　- | | |
| 渡航先はどちらですか？ | | 国名（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 出発予定日はいつですか？ | | 20　　　年　　　月　　　日 | |
| 渡航先の国から求められているPCR陰性証明書の有効期間は何時間（あるいは何日間）ですか？ | | | |
| 現地到着前・航空機搭乗前（いずれかに○）　　　　（時間・日間）（いずれかに○） | | | |
| 渡航先の国から所定の書式への記載を求められていますか？ | | | はい　・　いいえ |
| 以下の質問に「はい」または「いいえ」でご回答ください。  （該当するものがある場合、保険診療での対応に変更する場合があります。） | | | |
| 1. 37.5ºC以上の発熱が4日以上続いている。 | | | はい　・　いいえ |
| 1. 2週間以内に新型コロナウイルス感染症の方と接触したことがありますか？ | | | はい　・　いいえ |
| 1. 2週間以内に新型コロナウイルス感染症患者の発生している地域に行ったことがありますか？ | | | はい　・　いいえ |
| 1. 2週間以内に海外への渡航歴がありますか？ | | | はい　・　いいえ |
| 現在、以下のいずれかの症状がありますか？　該当するものに○をつけてください。 | | | |
| 発熱（　　）、悪寒（　　）、せき（　　）、鼻水・鼻づまり（　　）、息切れ（　　）、  のどの痛み・違和感（　　）、味覚障害（　　）、嗅覚障害（　　）  いずれにも該当しない（　　） | | | |

注意事項

* 診察時に、何らかの疾患に罹患している可能性が高いと医師が判断した場合、保険診療に切り替えて診療を行います。その場合、PCR検査は行わない場合があります。
* 渡航にあたり、渡航先の国より所定の書式がある場合は、全ての書式をご持参ください。
* PCR検査で陽性と判明した場合、新型コロナウイルス感染者として保健所に届け出、指示を仰ぐ必要が生じます。入院が必要になる場合もあります。