

海外渡航者PCR検査問診票

記入日 年 月 日

フリガナ			
名前（漢字）			
名前（ローマ字） （パスポート表記）			
生年月日	西暦 年 月 日生（ ） 歳	性別	男 ・ 女
パスポート番号		国籍	
自宅住所	〒	電話番号	
（※タイ・ベトナムのみ） 自宅住所の英語表記			
勤め先名 および住所	〒		
渡航国		入国予定日	
滞在先の住所 （タイ・ベトナム必須）			
滞在先で使用の電話番号 （中国必須）			

- 現在、次のような症状はありますか
 - ① 咳 （ ある ・ ない ） ③ くしゃみ （ ある ・ ない ）
 - ② のどの痛み （ ある ・ ない ） ④ 呼吸困難 （ ある ・ ない ）
- 2週間以内に、コロナ陽性者もしくは疑いの人との接触がありますか （ ある ・ ない ）
- 2週間以内に、3密となる行動がありますか （ ある ・ ない ）

※3密…流行地域への訪問、多人数での飲食、夜の街関連、カラオケなど

- 現在治療中の病気がありましたら、ご記入下さい。

- 今までにかかった、大きな病気がありましたら、ご記入下さい。

----- 以下、医療機関の記入欄 -----

- ①血圧 _____ mmHg ■ ②脈拍 _____ 回/分
- ③本日の体温 _____ ℃ ■ ④酸素飽和濃度 _____ %
- ⑤呼吸音 （ 清 ・ ） ■ ⑥心音 （ 清 ・ ）
- ⑦結膜 （ 正 ・ 貧血 ・ 黄疸 ・ ）