

記入日 年 月 日
 (検体採取予定日前10日程以内)

社会福祉施設等におけるPCR等検査 問診票

希望区分	<input type="checkbox"/> 新規入所(入居) <input type="checkbox"/> 短期入所利用 <input type="checkbox"/> 新規採用職員 <input type="checkbox"/> その他 ()				
施設名					
入所予定日 (採用予定日)	令和 年 月 日 入所(入居)予定 ・ 採用予定				
基本情報	(ふりがな) 氏名 性別	男 女	生年月日	年齢	歳
	住所				
	連絡先	電話	携帯		
	Mail	@			
過去1週間の諸症状 (記入時点)	有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合、以下を記入。			
	<主な症状>	<input type="checkbox"/> 発熱 (°C) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回) <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回: 軟便・水様・粘性・血便) <input type="checkbox"/> その他 ()			
海外渡航歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (旅行先: 出国: 月 日、帰国: 月 日)				
旅行歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (旅行先: 出発: 月 日、帰宅: 月 日)				
流行地移動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (都道府県: 時期:)				
過去のPCR等検査	有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (時期: 結果: 陽性・陰性・検査中)			
	方法	<input type="checkbox"/> 濃厚接触者(行政検査) <input type="checkbox"/> 自費検査			
同居家族の状況		人数	健康状態	備考(気になること)	
	<input type="checkbox"/> 配偶者		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 家族	人	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 同居人	人	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> その他 ()	人	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他			
備考 (特記事項)					

上記内容については、入所予定(入居、短期入所利用含む)又は就職予定の当該施設へ提供し、検査に係る同意項目(別紙⑥)及び検査の代行申し込みに同意します。

署名 _____

<嘱託医がいる場合に施設で記入(協力可能な範囲で記入願います)>

嘱託医等の意見	嘱託医名				
	検査の要否	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 医療機関受診 <input type="checkbox"/> その他 ()			