

【COVID-19唾液PCR検査 予約票 兼 患者問診票】

検査日時 申込日 年 月 日

年	月	日	医療機関名
15:00～	()	()	医師名
15:15～	()	()	住所
15:30～	()	()	電話番号
15:45～	()	()	FAX番号

ゴム印可

※来院後、受付をしていただき、唾液の採取をします。検査の精度を保つため、
予約時間の30分前より飲食、うがい、歯磨きをしないように注意してください。

患者情報

フリガナ	明治・大正・昭和・平成・令和			
患者氏名	男・女	年	月	日 歳
住所	電話(自宅)	()	()	()
	電話(携帯)	()	()	()

吉祥寺南病院の受診歴 あり (診察券番号:) 不明) 無し

問診票

- ① 発熱がある あり ()℃ 月 日から 無し
- ② 他に症状がありますか? 咳 倦怠感(強いだるさ) におい・味の異常
- ③ 息切れはしますか(普段と比べて強いですか?) はい いいえ→④へ
 息切れの程度 安静時または衣服の着替えをする時に息切れがする
 平坦な道でも息切れがする 坂や階段を上がると息切れがする
- ④ 周囲に新型コロナウイルス感染症と診断された人はいますか? はい いいえ
- ⑤ 濃厚接触を疑うことはありましたか? あり 具体的に:
 いいえ

【患者基礎情報】

- ① 基礎疾患 糖尿病 心不全 呼吸器疾患(COPD等) 透析
 妊娠中 免疫抑制剤・抗がん剤 その他
- ② バイタルサイン 体温 ()℃ SPO2 ()ℓ ()%
 血圧 (/) mmHg 脈拍 () bpm
- ③ その他 []