

新型コロナウイルス抗体検査 予診票

| | |
|------|---------|
| ふりがな | |
| 氏名 | 男・女 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | () - |
| 生年月日 | 年 月 日 歳 |

本日の体温 : _____ °C

①最近2週間で咳、痰や発熱などの症状がありましたか？

はい・いいえ

②3月、4月、5月に風邪症状などはありましたか？

はい・いいえ

③コロナウイルスと診断を受けた人と濃厚接触しましたか？

はい・いいえ

④PCR検査を受けたことがありますか？受けている場合には結果を書いて下さい。

はい・いいえ

結果 (陽性・陰性)