社会医療法人　大成会　福岡記念病院　　検査日　　年　　月　　日

無症状「ＣＯＶＩＤ-19」検査問診票

名前		性別	□男性　□女性
		生年月日	年　月　日
住所	〒		
電話	（　　）		

本人確認　□免許証　□保険証　□その他（　　）

来院時体温　℃

検体採取（希望）　□唾液　□鼻咽頭ぬぐい

結果の電話連絡　□要　□不要

※結果証明書は翌営業日渡しとなります。
※電話連絡希望の方は、17時～18時にお電話いたしますので、電話にお出になるよう お願いします。折返しの電話はお受けできません。

新型コロナワクチン接種について　□ なし　□ 1回（　/　）　□ 2回（　/　）

海外渡航の予定　□なし　□あり

本日の症状
□異常なし
□頭痛・めまい
□味覚異常・嗅覚異常
□咳・痰
□呼吸苦
□鼻水・鼻閉感
□食欲低下・嘔気
□腹痛・下痢
□その他（　　）

2週間以内に
□異常なし
□発熱あり（　月　日）
□風邪症状あり（　月　日）
□消化器症状あり（　月　日）
□その他体調不良あり（　月　日）