

新型コロナウイルス抗体検査に関する問診票

令和 年 月 日

お名前 _____ 性別 男・女 生年月日 _____ 年 月 日 生まれ

住 所 _____ 電話番号 _____

1. 今日の体温 _____ °C

2. 2019年12月～2020年5月までの間に海外に行かれたか？

() いいえ

() はい → 訪問した国をお書き下さい。

3. 新型コロナウイルス感染を経験しましたか？（PCR検査陽性）

() いいえ

() はい → いつごろですか？ _____

4. 2019年12月～5月までの間に発熱などの感冒症状がありましたか？

() いいえ

() 発熱あり → いつごろですか？ _____

() 発熱はなかったが、咽頭痛、咳嗽が数日以上続いた

→いつごろですか？ _____

F A X送信表 (枚)

(送信先)

やもと内科クリニック 行

(送信元)

新型コロナウイルス抗体検査申込書(会社・団体用)

会社名			電話番号			
			FAX番号			
住 所						
担当者名			受診者数	人		
お会計はどのように致しますか	() 個人で会計をする		() 全員分まとめて請求書を送付			
受診希望日	希望受診時間	氏 名 (フリガナも記入して下さい)	生年月日			
			S・H・R	年	月	日
			S・H・R	年	月	日
			S・H・R	年	月	日
			S・H・R	年	月	日
			S・H・R	年	月	日
			S・H・R	年	月	日
			S・H・R	年	月	日
			S・H・R	年	月	日
			S・H・R	年	月	日
			S・H・R	年	月	日
			S・H・R	年	月	日
			S・H・R	年	月	日
			S・H・R	年	月	日
			S・H・R	年	月	日

(備考欄)

--

やもと内科クリニック

FAX番号 0225-98-3261