

## ② SARS-CoV-2 PCR 検査依頼書（患者様記入用）

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 S.H.R. 年 月 日（男・女）

自宅住所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 自宅電話： — — 携帯電話： — —

職業 \_\_\_\_\_ 通勤方法 \_\_\_\_\_

職場住所 \_\_\_\_\_

受診時体温 \_\_\_\_\_℃ 受診時まで解熱剤・風邪薬の服用（有・無）

今回の症状での医療機関受診（有・無） 医療機関名 \_\_\_\_\_ 受診日 月 日

本日の来院方法（車・自転車・その他 \_\_\_\_\_）

A: 当てはまる症状はありますか？

|     | ○・× | いつから？ |       | ○・× | いつから？ |
|-----|-----|-------|-------|-----|-------|
| 発熱  |     |       | 嘔気・嘔吐 |     |       |
| 咳   |     |       | 下痢    |     |       |
| 痰   |     |       | 腹痛    |     |       |
| のど痛 |     |       | 味覚障害  |     |       |
| 鼻汁  |     |       | 嗅覚障害  |     |       |
| 息切れ |     |       | 筋肉痛   |     |       |
| 頭痛  |     |       | 倦怠感   |     |       |

\*同居者に上記症状の方はいらっしゃいますか？（有・無）同居者 \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_

B: 2週間以内の行動歴について

|                  |     | 有の場合：いつ・場所 |
|------------------|-----|------------|
| 上記 A の症状のある方との接触 | 有・無 |            |
| 海外や県外の方との接触      | 有・無 |            |
| 兵庫県外への移動         | 有・無 |            |
| たつの市・太子町外への移動    | 有・無 |            |
| 多数の集会・密な場所への外出   | 有・無 |            |

C: 持病について（現在治療中の病気も含む）

呼吸器疾患 \_\_\_\_\_ 心臓病 \_\_\_\_\_ 腎臓病 \_\_\_\_\_ 糖尿病 \_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_

免疫抑制剤・ステロイド剤・抗がん剤の使用 \_\_\_\_\_