　　　　　　　　　　　記入日　　年　　月　　日

（検体採取予定日前７日以内）

**社会福祉施設等におけるＰＣＲ等検査　問診票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望区分 | 新規入所(入居)　短期入所利用　新規採用職員　その他（　　　　） | | | | | | | | |
| 施設名 |  | | | | | | | | |
| 入所予定日  (採用予定日) | 令和　　年　　月　　日　　入所(入居)予定　・　採用予定 | | | | | | | | |
| 基本情報 | (ふりがな)  氏名  性別 | 男  　　　女 | | | 生年月日 |  | | 年齢 | 歳 |
| 住所 |  | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話　　　　　　　　　　　　携帯 | | | | | | | |
| Mail | ＠ | | | | | | | |
| 過去１週間  の諸症状  （記入時点） | 有無 | なし　　あり　　※ありの場合、以下を記入。 | | | | | | | |
| ＜主な症状＞　発熱（　　　℃）　　　　咳　　　痰　　鼻水  頭痛　　　全身倦怠感　関節痛　呼吸困難  味覚障害　嗅覚障害　　嘔吐（　　　回）  腹痛　　　下痢（　　　回：軟便・水様・粘性・血便）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 海外渡航歴 | なし　あり（旅行先：　　　　　出国：　 月　 日、帰国：　 月　 日） | | | | | | | | |
| 旅行歴 | なし　あり（旅行先：　　　　　出発：　 月　 日、帰宅：　 月　 日） | | | | | | | | |
| 流行地移動 | なし　あり（都道府県：　　　　　　　時期：　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 過去の  PCR等検査 | 有無 | なし　あり（時期：　　　　　　　 結果：陽性･陰性･検査中） | | | | | | | |
| 方法 | 濃厚接触者（行政検査）　自費検査 | | | | | | | |
| 同居家族の状況 |  | | 人数 | 健康状態 | | | 備考（気になること） | | |
| 配偶者 | |  | 健康　その他 | | |  | | |
| 家族 | | 人 | 健康　その他 | | |  | | |
| 同居人 | | 人 | 健康　その他 | | |  | | |
| その他 | | 人 | 健康　その他 | | |  | | |
| 備　　考  (特記事項) |  | | | | | | | | |

上記内容については、入所予定（入居、短期入所利用含む）又は就職予定の当該施設へ提供し、検査に係る同意項目（別紙⑥）及び検査の代行申し込みに同意します。

署　名

＜嘱託医がいる場合に施設で記入（協力可能な範囲で記入願います）＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 嘱託医等の意見 | 嘱託医名 |  |
| 検査の要否 | 必要　医療機関受診　その他（　　　　　　　　　　） |