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（　　　　　　　　　　） |