

海外渡航者向け唾液 PCR 検査 申込書/問診表

予約日時：（西暦） 年 月 日 時 分

（フリガナ）	
氏名	男 ・ 女

生年月日：（西暦） 年 月 日

パスポート表記の氏名（ローマ字表記）：

パスポート番号：

国籍：

渡航先（国名）：

搭乗

予定フライト

月	日	社	便	時	分	羽田発・着
---	---	---	---	---	---	-------

ご本人電話番号：

（移動中でも連絡がつく電話番号をご記入ください。）

ご本人以外の緊急連絡先お名前：

様（続柄）

TEL：

（万一ご本人に連絡がつかない場合にご連絡させて頂くことがあります。）

ご勤務先名：

TEL：

*個人情報の取り扱いに関して、当センターは徹底した機密保持を遂行し、第三者への開示、提供などは一切致しません。

質問票：太枠内にチェックをお願いします

			医師記載欄
①	過去14日以内に37.5度の発熱がありましたか？	はい・いいえ	
②	現在、倦怠感、咳、痰、咽頭痛、鼻汁、頭痛、呼吸困難、筋肉痛がありますか？	はい・いいえ	
③	現在、味覚・嗅覚異常がありますか？	はい・いいえ	
④	過去14日以内の海外渡航歴がありますか？	はい・いいえ	
⑤	過去14日以内に新型コロナウイルス陽性者との濃厚接触がありましたか？	はい・いいえ	
⑥	過去14日以内に新型コロナウイルス陽性と診断されましたか？	はい・いいえ	