

<b>随時検査用</b>
--------------

### 新型コロナウイルス感染症に関する社会的検査申込書兼問診票

新型コロナウイルス感染症に関する社会的検査を受けたいので、以下のとおり申し込みます。

(本申込書の記入をもって、次の事項に同意したものとします。)

- 検査の結果が陽性もしくは陰性のいずれであっても、所属する施設へ通知されること。
- 別紙「世田谷区の社会的検査(PCR検査)を希望される皆様へ」の各項目に記載されている内容について、理解し、検査結果が陽性であった場合には、世田谷区および関係機関からの要請に応じること。

▼記入欄: 検査機関におけるカルテ作成のため、以下の項目についてご記入ください。

申込日(西暦) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(検体採取日を記入してください)

代筆者(該当の場合)\_\_\_\_\_

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日(西暦) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

職員・利用者(該当に○) \_\_\_\_\_ 年齢\_\_\_\_\_歳 男・女

〒

住所(自宅)\_\_\_\_\_

事業所・施設名 \_\_\_\_\_ えにつくす八幡山保育園

- 本日の検査結果は、原則、明日の午後に判明する予定です。

(採取日が金曜日・土曜日の場合は、週明けの月曜日(祝日の場合は翌平日)の午後)

陽性だった場合は、ご本人に電話でご連絡します。その際の連絡先をご記入ください。

なお、結果が陰性だった場合、結果連絡は事業所・施設にのみ行います。受検者個人への結果連絡は行いませんので、ご承知おきください。

電話番号： \_\_\_\_\_ ( 携帯・自宅・勤務先 )

- ご本人以外への連絡を希望される場合は、以下をご記入ください。その場合、ご本人への連絡はありません。

なお、検査結果が陽性の場合にご本人の健康状況や行動履歴などについて、お伺いする場合がありますので、施設に入居されている場合などは、可能な限り、施設の担当者又は代表の方などご本人の状況がお分かりになる方のご記入をお願いします。

代理人又は保護者氏名： \_\_\_\_\_ (本人との関係： \_\_\_\_\_)

本検査での受検状況や結果に関するデータは、個人や事業所・施設を特定しない形で、当区における新型コロナウイルス感染症への対策を検討するために活用させていただきます。 ※次頁が問診票になっています

## 問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_ °C (検体採取当日の体温)

職業 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_ (詳しく記入)

※ 施設入所・利用者は、☆の3ヶ所を省き、★の所を記入してください。

☆通勤手段：電車・バス・車・バイク・自転車・徒歩・その他( ) 所要時間：\_\_\_\_\_分

☆ 1週間以内に複数名(家族以外)での外食または三密(密閉・密集・密接)が避けられない場所に出かけたことがありますか。 はい・いいえ

☆ 2週間以内に海外・国内旅行しましたか？

いいえ・はい 旅行先(国・場所) \_\_\_\_\_ ( 月 日 ~ 月 日 )

移動手段：飛行機・電車・船・バス・自家用車・その他( )

★ 新型コロナウイルス感染症陽性者または疑いの方と接触がありましたか？

いいえ(不明)・はい(いつ： 月 日 どこで \_\_\_\_\_ ・接触時間： 時間 分)

&gt;陽性者または疑いの方との関係 ( )

★ 下記の①～⑭の症状であてはまるところに○を記入してください

症状	症状が出た日付			症状	症状が出た日付		
①頭痛	無	有	日～	⑧関節痛	無	有	日～
②咳	無	有	日～	⑨筋肉痛	無	有	日～
③痰(多 少・性状 色)	無	有	日～	⑩味覚異常	無	有	日～
④鼻汁	無	有	日～	⑪嗅覚異常	無	有	日～
⑤咽頭痛	無	有	日～	⑫倦怠感	無	有	日～
⑥胸痛	無	有	日～	⑬腹痛	無	有	日～
⑦呼吸困難	無	有	日～	⑭下痢	無	有	日～

その他(ご記入ください)

★ 現在、治療している病気はありますか？ なし・あり病名 \_\_\_\_\_ (年齢 歳～) 内服中の薬 なし・あり (ありの場合は薬名： \_\_\_\_\_ )★ 既往歴 今までにかかった病気はありますか？ なし・あり病名 \_\_\_\_\_ (年齢 歳頃) ※手術歴： なし・あり病名 \_\_\_\_\_ (年齢 歳頃) ※手術歴： なし・あり★ 喫煙歴 なし・あり ( )本/日、( )歳～ ※禁煙した( )歳から★ 糖尿病・心疾患等 なし・あり ★ アレルギー歴 なし・あり (アレルギー名 \_\_\_\_\_ )

★ 新型コロナウイルスワクチンを接種しましたか？

いいえ・はい(直近の接種回数 \_\_\_\_\_ 回目 いつ： 月 日)

★ 世田谷区の抗原定性検査を受けましたか？

いいえ・はい(いつ： 月 日 結果： 陽性疑い・陰性)

★ 新型コロナウイルスに感染していると診断されたことがありますか？

いいえ・はい(いつ(診断された日)： 月 日 療養期間： 月 日～ 月 日)

療養期間を終えたあともウイルスが体内に残るため、感染性が失われているにも関わらず、再度陽性となる恐れがあります。

直近に感染されている場合は、療養期間後1か月程度検査の受検をお控えください。

&gt; 記入漏れがないことを確認し、担当者へ提出ください。