

追加検査問診票

< 1 患者さま情報 >

1-1 お名前

1-2 ご職業（勤務先・学校名）

1-3 ご住所

1-4 現時点での住居（住所と同じ・ ）

1-5 電話番号（ご自宅 携帯 ）

1-6 メールアドレス

1-7 基礎疾患をお持ちですか（□にレ点を）

糖尿病 高血圧 脂質異常症（高コレステロール血症） 脳血管疾患 認知症

心不全 呼吸器疾患（COPD等） 免疫抑制剤の使用 抗がん剤の使用

透析治療中 その他（ ） 上記の基礎疾患はない

< 2 同居者・ご家族さま情報 >

2-1 同居者家族（有・無）

2-2 同居者家族に以下の条件に該当する方はいますか（□にレ点を）

高齢者 基礎疾患患者 免疫抑制状態者 妊娠者 医療従事者

2-3 患者ご本人以外の方の連絡先

お名前 続柄（ ） ご住所

携帯電話番号 メールアドレス

2-4 PCRセンターにお越しになる際のお車のナンバー（4桁）

FAX (048-834-8827) または LINE ID (yama-cl8348828)

問診票のご返送をお願いします