

【新型コロナウイルス感染症に関する問診票】（陰性証明書事項）

予約日時はお電話（090-9954-6303）にてご相談下さい。

予約日 年 月 日 午前 午後 時 分

※ 保険証 パスポート をご持参下さい

お名前（カタカナ） ：
 （漢字） ：

パスポート表記：

パスポート番号 ：

生年月日 ： 西暦 年 月 日

性別 ：

ご住所 ：

電話番号 ：

<下記の間診にご回答下さい。>

- ・ 4日前以上より風邪の症状や 37.5℃以上の発熱 （ある・なし）
- ・ 2週間以内に新型コロナウイルスの感染や疑いのある方との濃厚接触歴（ある・なし）
- ・ 2週間胃内に渡航歴がある（ある・なし）
- ・ 強い倦怠感や息苦しさ、呼吸器症状、上気道症状、味覚症状、下痢（ある・なし）
- ・ 最近新型コロナ PCR 検査を受けられた方。 年 月 日 （陰性、陽性）

新型コロナウイルス感染の拡大対策にご協力の程ありがとうございます。

Thinkpark 消化器クリニック

〒141-6003 東京都品川区大崎 2-1-1 Thinkpark Tower 3F
電話 035745-3088 090-9954-6303（時間外） FAX:03-5745-3089