

新型コロナウイルス感染症 PCR 自費検査 申込書

新型コロナウイルス感染症 PCR 検査について、下記の注意事項を確認し、了解しましたので申込みます。

申込日 年 月 日

(フリガナ) 氏名			
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒		
電話番号 (日中連絡用)			
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 初診 ・ <input type="checkbox"/> 受診歴有 (診察番号)		
検体の種類	<input type="checkbox"/> 唾液 ・ <input type="checkbox"/> 鼻咽頭 (指定がある場合のみ)		
受取方法	<input type="checkbox"/> 直接来院 (8:30~17:30 ・ 17:30以降) <input type="checkbox"/> 郵送		
検査の目的	<input type="checkbox"/> 就業にあたって必要 <input type="checkbox"/> その他 _____ ※ 新型コロナウイルスに罹ったかどうか心配で検査してほしいという方対象外です。		
その他			

<検査を受けるにあたっての注意事項>

- ・ 咳や発熱が続く、強い倦怠感、味覚嗅覚異常など新型コロナウイルス感染症を疑う症状のある方は対象ではありません。
- ・ PCR 検査の結果は、必ずしも新型コロナウイルスに感染していない事を証明するものではありません。
- ・ PCR 検査の結果が陽性となった場合、保健所へ報告させていただきます。なお、感染者と認められた場合には、感染症法に基づき保健所の指示に従っていただきます。

受取年月日	年 月 日	受取者名	
-------	-------	------	--