

新型コロナウイルスPCR検査(唾液)問診票

記入日 年 月 日

「保険外診療(自費)での新型コロナウイルスPCR検査実施の案内」を理解したうえで検査する事を(希望します・希望しません)

当院受診歴の有無に○ : 有り(→診察券番号:) ・ 無し

検査目的 : _____

(例 海外渡航など)

本日の体温 : _____℃

現在の状況について確認させていただきます。

- ・2週間以内に新型コロナ陽性者との接触歴はありますか? → はい・いいえ
- ・体調不良はありますか? () → はい・いいえ

住 所 : 〒 _____

ふりがな : _____

氏 名 : _____

生年月日 : _____年 _____月 _____日 年 齢 : _____歳

※身分証明書(免許証、保険証等)のコピーを提出願います。

日中の連絡がつく電話番号

① _____ ()

② _____ ()

希望するものがあれば ○をお願いいたします。

- ・無料の検査報告書 : 【 窓口渡し or 郵送:簡易書留(有料:税込¥404) 】
- ・有料(税込¥3,300)の証明書 :
【 和文 or 英文 】の【 窓口渡し or 郵送:簡易書留(有料:税込¥404) 】