

PCR検査申込書

*受付		*結果	
-----	--	-----	--

以下の項目をご記載ください。

申 込 日	年 月 日	*採取時間	:
フリガナ 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	年齢	性別
お 勤 め 先			

住 所	〒 -
日 中 の 連 絡 先	【 自宅 ・ 携帯 】
証 明 書 の 必 要 の 有 無	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ※当院の様式での作成となります。 1枚当たり2,200円（税込）かかります。
結 果 受 け 取 り 方 法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口受取
問 診 □に✓を入れてください	<input type="checkbox"/> 37.5度以上の発熱はありません。 当日体温（ °C） <input type="checkbox"/> 呼吸器症状（咳、痰、息苦しさなど）はありません。 <input type="checkbox"/> 風邪症状（倦怠感、のどの痛みなど）はありません。 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常はありません。嘔吐下痢・結膜炎・頭痛はありません。 <input type="checkbox"/> 過去半年以内の海外渡航歴はありません。 <input type="checkbox"/> 接触した人や同居家族でCOVID-19と診断されている人はいません。 <input type="checkbox"/> 同居家族に発熱者はいません。 <input type="checkbox"/> 感染者との濃厚接触機会、感染リスク行動はありません。 ※ COVID-19を疑う症状が出ている方は検査できません。保健所にご相談ください。
ワ ク チ ン 接 種 歴	新型コロナウイルスワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目済み 月 日 <input type="checkbox"/> 2回目済み 月 日）

可児とうのう病院 病院長 殿

結果が陽性の場合に、保健所に氏名・住所・電話番号等の情報が提供されることに同意します。

私は、上記内容について相違ありませんので検査を申し込みます。

自 署