

※医院記入 受診日時 月 日 時 分 体温 _____℃ 患者番号： _____

新型コロナウイルス感染症 PCR 検査 問診票 (自費)

フリガナ

氏名： _____ 男・女 生年月日：T/S/H/R _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才

住所：〒 _____ 電話番号： _____

① 検査の目的 あてはまるものに✓ (複数回答可) 職業： _____

コロナ感染症が認定された人と接触があった (感染した方が認定された日 _____ 月 _____ 日)
(感染者との接触日 _____ 月 _____ 日 2m以内での延べ接触時間 _____ 時間 _____ 分)

海外渡航前の証明 (国名 _____ ・ 出国予定日 _____ 月 _____ 日)
パスポート番号 _____
氏名の英語表記 (パスポートに記載通り) _____

国内出張・帰省などのため

仕事先の指示 会社宛ての領収書を希望する場合 (宛名： _____)

その他 (記入： _____)

① 症状 あてはまるものに✓をつけてください

特になし

過去の発熱 (37.0 度以上) _____ 月 _____ 日から _____ 日間

のどが痛い せきがでる 鼻汁がでる 痰がでる 息苦しい 体がだるい

においがわかりにくい 味がわかりにくい 頭痛がある

(その他： _____)

注意事項

- 検査費用は証明書込みで 25,000 円です。英文希望の方はお申し出ください。
- 会計は 現金 (釣銭の無い様お願いします) クレジットカード (事前に利用可能をご確認ください)
- 検査日時が決ったら、この問診票を印刷、記入して (可能な方は事前に FAX) 当日持参してください。
- 本人確認のため必ず保険証・(ある方は医療券) をご持参ください。
(結果が陽性に出た方や、後日濃厚接触者に認定された方は保険診療へ変更できる場合があります。)
- 陽性者と接触歴のある方は可能であれば、車でご来院ください。車内検査で短時間に行えます。
- 当院に到着後は待合に入室せず、玄関から電話かインターフォンでお知らせください。
- 検査は唾液採取で行います。検査前の飲食や歯磨きはお控えください。
- 検体は検査会社で検査いたします。結果は来次第、電話連絡いたします。
(現状で報告は翌日昼頃です。翌日が休診の場合は診療再開時となります)
- 検査結果が陽性となった場合、保健所に報告いたします。
- 感染症法に基づき保健所からの指示に従っていただきますので外出を控えて連絡を待ってください。