

受診日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診時体温： _____ °C
I D _____

コロナウイルス(COVID-19)感染症PCR検査 問診票・同意書

カガナ

氏名 _____ 生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____ 電話番号： _____

① 該当するときは○ 該当しない場合は×をつけて下さい。

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 発熱が4日以上続いている |
| <input type="checkbox"/> 咳・痰・咽頭痛・鼻汁・頭痛の症状がある |

こちらに該当する場合は発熱外来を受診して下さい。

② 該当する項目に○・該当しない項目は×をつけて下さい。

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> コロナ感染症が疑われる人との接触があった |
| <input type="checkbox"/> (この1~2ヶ月) 会食・お酒を伴うクラブやバーへ行った |
| <input type="checkbox"/> ライブハウス、カラオケ、ジム、パーティ、() など人の集まる場所に行った |
| <input type="checkbox"/> (この1~2ヶ月) 海外にいった |
| <input type="checkbox"/> (この1~2ヶ月) 海外からの渡航者との接触があった |

③ PCR 検査結果証明書の受取方法 【 】内に○をつけて下さい

- 当院来院にて受取 自宅へ郵送 (郵送 550 円)

* 交付まで検査日を含め4~5営業日かかります

但し、土・日・休日前、木・金は2~3日追加となります(さらに郵送の場合は2~3日追加になります)

・問診②該当項目がある場合 診察時の医師の判断により PCR 検査が必要かどうかを判断しますので、PCR 検査の適応とならない場合もあります。

・新型コロナウイルス感染症は、症状がなくても感染を認めることがあります。また、ウイルスが実際にはいない場合でも、PCR 検査結果が陽性となることがあります。

※検査結果が陽性となった場合、無症状であっても保健所への届出が必要であり、その後の指示に従っていただくことになります。

年 月 日 医師署名 _____

上記の記載に関して、内容を理解し、検査を実施する事を同意いたします。

年 月 日 受診者署名 _____