

新型コロナウイルス PCR 検査（自費診療）問診票兼同意書

<問診票>該当欄に☑をお願いします。

1. 2週間以内に、37.5℃以上、もしくは平熱を超える熱があった。

はい いいえ

2. 2週間以内に、普段と違う体調不良があった。(味覚障害、咳、鼻水、下痢、他)

はい いいえ

3. 2週間以内に、すでに新型コロナウイルス感染と診断されている人と濃厚接触をした。

はい いいえ

<注意事項>以下を理解したうえで、☑をお願いします。

検査はあくまで、無症状・自覚症状のない方を対象にした検査です。

検査費用は保険外費用のため、1回につき検査料18,000円(税込)となります。

証明書をご希望の場合には証明書料2,200円(税込)《3,300円(税込)》が追加となります。

検査の結果陽性だった場合、保健所への報告が義務付けられていますので、検査結果及び検査を受けられた方の個人情報等を報告させていただきます。

その後は、保健所の指示に従っていただきます。

【検査を受けられる方】		
(フリガナ)		
氏名		
生年月日	年 月 日	男 ・ 女
住所	〒	
連絡先		

以上を確認し、同意いたします。

同意年月日 令和 年 月 日

氏名: _____

(本人が未成年の場合)

保護者氏名: _____

続柄: _____