

新型コロナウイルスPCR検査自費申込書兼同意書

Fax:0776-24-2467

【申込書】

申込日	令和	年	月	日
検査希望日	令和	年	月	日
ふりがな				性別
氏名				男 ・ 女
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
日中の連絡先 (電話番号)				
申請者の住所	〒			
勤務先名			勤務先の電話番号	
【書類必要の有無】 (□に✓)	☐ 無 ・ ☐ 有 ☐ 英文 ・ ☐ 和文 ☐ 陰性証明書(28,000円) ☐ 陰性証明書+健康証明書込み(30,000円) ※上記はいずれも検査代と書類代込み			※海外渡航先当局より提出が 求められている項目や条件につ いては、必ずご自身で外務省あ るいは当該国の在日大使館等 にて確認をお願い致します。
【受診目的】 (□に✓)	☐ 渡航のため (渡航先/帰国先:) (フライト予定日: 令和 年 月 日) ☐ 渡航以外の理由で業務上必要なため ☐ その他 ()			
【直近の自覚症状】 (□に✓) ※直近(2週間以内) ※なければ✓不要です。	☐ 37.5度以上の発熱 ☐ 味覚・嗅覚障害 ☐ 息苦しさや強いだるさ ☐ 比較的軽い風邪症状 ☐ 海外渡航歴 (日付: /) ☐ 県外への往来 (日付: /) (国名:) (県名:)			
【陽性対象者との接触】 (□に✓)	2週間以内にCOVID-19と診断された方との濃厚接触が → ☐ ある ☐ ない			
【同意書兼留意事項】 ・PCR検査は必ずしも新型コロナウイルスに感染していない事を証明するものではありません。 感染から日数がたっておらずウイルス量が少ない場合や検体採取が不十分な場合などで陽性がでない事があります。 ・検査結果が陽性となった場合は当院から保健所に届け出を行い、指示に従っていただきます。 私は、「新型コロナウイルスPCR検査について(ご案内)」を読み、理解した上でPCR検査を受けることに同意します。 令和 年 月 日 署名 _____				

医療法人初生会福井中央クリニック