

# 新型コロナウイルス感染症のPCR検査 問診・同意書

以下の質問に「はい」または「いいえ」にチェックを入れてお答えください

1	2週間以内に37.5℃以上、もしくは平熱を超える発熱があった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	2週間以内に普段と違った体調不良があった(咳・鼻水・倦怠感・味覚障害など)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	2週間以内に既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した	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	検査証明書の発行を希望します※	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※検査結果の報告書の他に、検査証明書が必要な方は、別途5,000円(税別)費用がかかります

## 【検査費用】

自費診療 20,000円(税込)

医師確認欄:

医師名

## 【結果について】

検査結果をメールか電話にて報告いたします。

※検査結果が陽性の場合、感染症法により、保健所への報告が義務づけられておりますので、当院より報告を行わせていただきますが、その際に、個人情報(氏名、住所、電話番号など)を開示致します。

あらかじめご了承くださいませようお願い致します。

## 〈同意書〉

私は、新型コロナウイルスPCR検査について、自らの判断で本PCR検査を受けることを希望いたします。

尚、検査の結果が陽性になった場合は、感染症法により、感染者として届出されることを理解しており、保健所の指示に従うことについても同意します。

年 月 日

(フリガナ) .....

検査希望者氏名

性別

男・女

生年月日 T・S・H・R

年

月

日生

(フリガナ) .....

代理者(保護者/親族等)氏名

続柄

住所

電話番号

チヨダクリニック