

自由診療による新型コロナウイルスPCR検査申込書・同意書

診察券番号(ID)

※この用紙は検体提出日に記入下さい。太枠内のみ、もれなくご記入下さい。

検査希望者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	昭和 (和暦) 平成 年 月 日 () 歳 令和	
	住所 (証明書送付先)	〒	
	電話番号		
	日中に連絡可能な電話番号	(同上の場合は記入不要)	
	症状 ※体温が37.5度以上、又は「□あり」に✓が入る場合は検査をお断りいたします。	本日の体温 度 咳、倦怠感、味覚異常、嗅覚異常などの症状 □なし □あり 濃厚接触者としての指定 □なし □あり	
	目的 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 行動歴等の不安によりPCR検査を希望される方	
		<input type="checkbox"/> 企業活動の安全な展開のためにPCR検査の結果が必要な方	
		<input type="checkbox"/> 38週以降の症状のない妊婦でPCR検査を希望される方	
<input type="checkbox"/> その他 ()			

J A北海道厚生連 帯広厚生病院長 様

私は、新型コロナウイルスPCR検査について、新型コロナウイルスPCR検査(自由診療)説明書を読み、検査方法や料金について十分に理解しました。

よって、自らの判断で新型コロナウイルスPCR検査を受けることについて同意します。

なお、検査結果が陽性であった場合は、感染症法に基づき感染者として保健所の指示に従うことについて同意します。

令和 年 月 日
住所 :
検査希望者名(自署) :