

新型コロナウイルスPCR検査申込書&問診票

井上記念病院健康管理センター長 殿

受診日 年 月 日 受診番号: _____

フリガナ		生年月日	S・H	男・女
氏 名		電話番号		
住 所	〒			

結果: 受診日から3日後 (日・祝日の場合は次の日)

郵送 1週間程度で郵送します。

来院 受診日から3日後

平日 午前10時～午後3時30分まで

土曜日 午前10時～午前11時30分までに、3階健康管理センター
受付までお越しください。日・祝日は休診です。

<新型コロナウイルスPCR検査のお知らせ事項>

- 発熱があったり、下記の問診事項に該当する症状がある方は、この検査はお受けできません。(当院発熱外来にご連絡ください。)
- この検査は、検査日時点での感染の有無(陰性・陽性)を調べるものです。
- 検査方法は、唾液を採取して調べます。
【車の中や駐車場など、病院の外で採取していただきます。】
- 別途「陰性証明書」が必要な場合はお申し出ください。有償にて発行いたします。
【「陰性証明書」は、和文・英文とも1通3,300円(税込)です。】

上記の内容を確認しました。

自署 _____

<新型コロナウイルスPCR検査問診票>

- 1 本日の含め、7日以内に風邪の症状はありますか。 はい いいえ
(37.5度以上の発熱や咳・鼻水・頭痛等の症状)
- 2 2週間以内に新型コロナウイルス感染者やその疑いのある人
との接触がありましたか。 はい いいえ
【「はい」の場合は次のA・B・Cもお答えください。】
A. 接触時は、マスクを着用していなかった。(はい、 いいえ)
B. 15分以上接触していた。(はい、 いいえ)
C. 1m以内に接触していた。(はい、 いいえ)
- 3 味覚や嗅覚に異常を感じますか。 はい いいえ
- 4 4～5日続く下痢などの消化器症状はありますか。 はい いいえ
- 5 既に保健所から濃厚接触者であるとの連絡を受けていますか。 はい いいえ

※「陰性証明書」の発行を希望しますか。

希望する

希望しない

受付者印

検体受領者印