医療法人　柳雪会　江崎外科内科　【添付２】

COVID-19に関するPCR検査

　受診票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名前 | フリガナ | |
|  | |
| 住所 | フリガナ | |
| 〒 | |
| 電話番号  （日中連絡が取れる電話番号 |  | |
| 性別 | | 男性　　　　　　　　　　　　　女性 |
| 生年月日（西暦） | | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 年齢（証明日の時点） | | 歳 |
| 支払い方法 | | 現金　　　　　　　　　　　クレジットカード |
| 検査予約日（西暦） | | 年　　　　　月　　　　　日 |

PCR陽性の場合は上記電話番号に連絡をします。連絡がつかない場合は会社担当者の方に連絡をします。併せて居住地の自治体の保健所に連絡をします。

※ 来院日に以下のいずれかに該当する方はPCR検査対象外となりますので、キャンセルの連絡を

お願いいたします。

1. 新型コロナウイルス（COVID-19）感染者と確定した方、又は疑いのある方と２週間以内に濃厚接触した可能性がある。
2. 新型コロナウイルス（COVID-19）感染を危惧する症状（発熱・せき・息切れ・寒気・のどの痛み・鼻水・倦怠感・頭痛・筋肉痛・下痢・嘔吐・味覚嗅覚異常など）がある。