

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	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 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。