

西暦 年 月 日

ID: _____

新型コロナウイルス感染症PCR検査


問診票・同意書

氏名 _____ 男・女 生年月日 西暦 年 月 日 (満 歳)

住所 〒 _____ 都道府県 _____ 職業 _____

固定電話 _____ 携帯電話 _____


△ 症状のある方や感染の疑いがある方は当院での検査は受けることはできません △

 現在の体調についてお伺いします 体温 _____ °C (院内測定) SpO2 _____ % (院内測定)

発熱なし 頭痛・咳・鼻水・喉の痛み等の風邪症状はない

味覚・臭覚異常、倦怠感、息苦しさ等の症状はない

新型コロナウイルス感染者の濃厚接触者ではない 隔離・療養期間中ではない

 検査目的についてお伺いします

仕事 帰省 就学や就職 持病がある (_____)

その他 (_____)

結果が陽性の場合、個人情報の届出を居住地の保健福祉センターに連絡することに同意します。
(医療機関は保健福祉センターに発生届を提出する義務があり、後日同センターより患者様に連絡があります。)

氏名 _____

18歳未満 保護者名 _____

【医師確認欄】

上記同意に基づき、新型コロナウイルス感染症のPCR検査を実施します。 西暦 年 月 日

AM・PM _____ :

大阪市北区天神橋3丁目2-10-5F

医療法人 親和会(財団)

はせがわ診療所

TEL 06-6356-2744

医師：長谷川 健太

印

 はせがわ診療所