

# PCR 検査の問診票(自費)

2020 年 月 日

1)自費検査を希望なさいますか？

(する・しない)

2)名前・年齢・連絡可能な電話番号・住所・生年月日をご記入ください。

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 電話番号 \_\_\_\_\_

〒

住所 \_\_\_\_\_ 生年月日 T・S・H・R . .

3)現在症状はありますか？

(ある・なし) ある場合、保険診療になりますので保険証をご持参ください。

4)2 週間以内に新型コロナ感染者や濃厚接触者と接触がありますか？

(ある・なし)

5)検査を希望される理由を教えてください。

理由；

6)渡航目的の場合検査方法の指定がありますか？

所定の検査方法；なし・あり 方法 ( PCR 法・ )

7)結果証明書を希望されますか？

希望；有り・無し

8)結果証明指定用紙の指定はありますか？

指定用紙；なし・あり

**※必ず事前にお電話にてご予約ください。03-3965-5070**