新型コロナウイルスＰＣＲ検査(自費)申込書・同意書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  |
| 氏名 |  | 男 ・ 女 | 検　査　日 |
| ２０　　　年　　　　月　　　　日 |
| 生年月日 | 大正・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　　　　年　　　　月　　　　日生 | 　　　　　　　　　　　　歳 |
| 現住所 | 〒（　　　　　　－　　　　　　　） |
| 検査証明書送付先 | 〒（　　　　　　－　　　　　　　）※現住所と同じ場合は記入不要 |
| 連絡先 | 日中連絡可能な電話番号　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）　　　　　　　　－ |
| 検査当日ご持参される携帯番号　　　　　 | 　　（　　　　　　　　）　　　　　　　　－ |
| (上記と同じは記載不要)　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のことについてご質問します。該当する方に☑を入れてください。  |  |  |
| ①過去２週間の間に濃厚接触者に該当していませんか。 | □はい　 | □いいえ |
| ②本日は次の症状はありますか。発熱・咳・強い倦怠感・息苦しさ・味覚異常・嗅覚異常など。 | □はい　 | □いいえ |
| ③「陰性証明書」（有料）が必要ですか。 | □はい | □いいえ |
| ④「海外渡航用の陰性証明書」（有料）が必要ですか。 | □はい  | □いいえ |
| ⑤「陰性証明書」「海外渡航用の陰性証明書」は、新型コロナウィルスに感染していないことの証明ではないことを理解していますか。 | □はい  | □いいえ |
| ⑥検査結果が陽性（偽陽性を含む）だった場合、東郷診療所が日向保健所に届出を行うことを理解していますか。 | □はい  | □いいえ |

日向市立東郷診療所　所長　様

新型コロナウイルスＰＣＲ検査(自費)説明書を理解し、検査を受けることに同意します。

また、質問事項の回答内容に相違ありません。

　　２０　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署　　名

東郷診療所　記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 本人確認 | □健康保険証　　　　□運転免許証　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |