

新型コロナウイルスPCR検査 検査申込書および同意書

フリガナ お名前	生年月日 昭・平・令 年 月 日	性別 男・女
住所 〒 ー		
電話番号	携帯電話	体温 °C

【問診】 当てはまるところに✓を入れてください。

1. 今日、体に具合の悪いところがありますか。 はい いいえ
2. 現在、病院で治療を受けていますか。(薬を服用中など) はい いいえ

【検査について】

- 無症状の方が対象です。
- 新型コロナウイルスの遺伝子を調べる検査(唾液によるPCR検査)です。
- 現在、新型コロナウイルス感染症に感染していないことを確認するための検査です。
- 検査料は、18,000円です。(保険は使えません)
- 陰性証明書を希望される方は、別途2,500円かかります。

上記の内容を理解した上で検査の実施に同意しますか。

同意します 同意しません

令和 年 月 日

本人自署

又は保護者自署