

新型コロナウイルス感染症 PCR 検査 申込書兼問診票

新型コロナウイルス感染症 PCR 検査について、下記の注意事項を確認し了解しましたので申し込みます。

ふりがな

氏名： _____

ローマ字氏名(パスポートの表記)： _____

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

PCR 検査を受ける目的： _____

住所： _____

携帯電話番号： _____

1. 以下に該当する場合レ点をつけてください

風邪症状がない。

【注意事項】

- ・ 料金は検査を行う事に対して発生します。検査結果の如何に関わらず返金は出来ません。
- ・ 現在感染症状のない方に対して行う検査です。発熱などがある方はこの検査の対象とはなりません。
- ・ PCR 検査の結果は必ずしも新型コロナウイルスに感染していない事を証明するものではありません。
- ・ 検査結果が陽性になった場合、感染者として保健所の指示に従って頂きます。この為、保険証も持参ください。
- ・ 多くの国で出国 72 時間前までの検査が求められます。フライトの時間をよくご確認の上、予約をお願い致します。
- ・ 渡航国に応じた記載内容・所定書類有無を、予め外務省・大使館のホームページ等で確認して下さい。当クリニックで発行する陰性証明書は当クリニックの様式となります。

医療法人社団 真厚会 いいずみファミリークリニック