

## 新型コロナウイルス PCR 検査（唾液）問診・同意書

以下の質問に「はい」または「いいえ」にチェックを入れてお答えください

1	2週間以内に37.5℃以上、もしくは平熱を超える発熱があった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	2週間以内に普段と違った体調不良があった（咳・鼻水・倦怠感・味覚障害など）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	2週間以内に既に新型コロナウイルス感染と診断されている人と濃厚接触した	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	陰性証明書の発行を希望します※	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※検査結果の報告書の他に、陰性証明書が必要な方は、別途1000円（税別）費用がかかります

### 〈 同 意 書 〉

私は、新型コロナウイルス PCR 検査について、自らの判断で本 PCR 検査を受けることを希望いたします。

尚、検査の結果が陽性になった場合は、感染症法により、感染者として届出されることを理解しており、保健所の指示に従うことについても同意します。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

検査希望者氏名（自署） \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女

代理人（保護者/親族等）氏名（自署） \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

電話番号（常時連絡がつく） \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

ゆきよしクリニック

2020.9