

PCR 検査 問診

令和 年 月 日

お名前：

体温 °C

生年月日：S・H 年 月 日 男 ・ 女

ご住所：

連絡先 (携帯)：

来院する際は

・車

・自転車

(車種：)

・その他 ()

(車の色：)

(ナンバー：)

◎風邪症状はありますか？

無 ・ 有

* 「有」の場合は保険診療のご案内になりますので、お問い合わせ下さい。

◎検査をご希望される理由を教えてください

(

)

◎証明書 (英文共通) は希望されますか？

希望しない ・ 希望する (お渡し希望日を教えてください)

令和 年 月 日まで

◎指定診断書はありますか？ (渡航目的の方のみ)

無 ・ 有

令和 年 月 日まで (お渡し希望を教えてください)

***検査希望日についてはお電話にてご対応させていただきます**

◎料金について

- ・ PCR 検査（唾液） ￥25,000-(税込) *結果報告書付
- ・ 陰性証明書（英文共通） ￥6,500-- (税込)
- ・ 指定診断書（英文共通） ￥6,500- (税込)

◎注意事項

- ・ 当院は唾液による PCR 検査を行っております。
- ・ 来院する 3 時間前から菌磨きや飲食、飲水、喫煙はご遠慮下さい。
- ・ うがいもしないで下さい。
- ・ 検査結果が出るまでに数日かかります。また結果が陽性の場合、感染症法により保健所に報告するための同意書を検査日に記入して頂きます。
- ・ 来院時の駐車場はクリニック西側（正面玄関向かって左側）、砂利の方に停めて下さい。
- ・ クリニック到着後、車から出ずに必ずお電話下さい。(0280-23-2890)
- ・ トイレは使えませんので、ご自宅でお済ませ下さい。
- ・ 保険証、渡航目的の方はパスポート・指定診断書も持参して下さい。

医療法人恵樹会

いたばし糖尿病内科皮膚科クリニック