

患者ID _____

新型コロナウイルス感染症 自費PCR検査 申込書 兼 問診票

フリガナ お名前		性別	男性 ・ 女性
		生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)
住所	〒 -		
電話番号	自宅 () - () - () 携帯 () - () - ()		
過去2週間以内の流行地への滞在歴はありましたか？ (道内・道外)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
過去2週間以内の三密への出入りはありましたか？ (カラオケ・ライブ・数十人の集会等)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
過去2週間以内に、陽性者や疑わしい人との接触はありましたか？濃厚接触者には該当しませんか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
渡航歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (国名： 期間：)		
検査希望日	第1希望： 令和 年 月 日 () 第2希望： 令和 年 月 日 ()		
検査予約日	令和 年 月 日 () 午後 時 分 より		

症状 (申込時) (月 日)	発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつから)
	咳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつから)
	呼吸苦・息切れ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつから)
	臭覚・味覚異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつから)
	倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつから)
	筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつから)
	咽頭痛	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつから)
	その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()

症状 (検査当日) (月 日)	発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつから)
	咳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつから)
	呼吸苦・息切れ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつから)
	臭覚・味覚異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつから)
	倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつから)
	筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつから)
	咽頭痛	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつから)
	その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()

私は新型コロナウイルス感染症のPCR検査を希望いたします。

令和 年 月 日

氏名

代筆者

(続柄)

【自費のPCR検査を受けられる方へ】

- ※ 申込書兼問診票に記載のうえ、健康保険証、運転免許証、マイナンバーカード等の身分証明書等をお持ちのうえお越しください。
- ※ 来院前に体温を測定し、平熱であることを確認してください。37度以上の発熱や症状のある方に検査をすることはできません。検査前に発熱や症状が出た場合は、検査をキャンセルすることができます。事前に連絡をお願いいたします。
- ※ 検査前には、可能な限り飲食や歯磨き、うがいを行わずに来院してください（目安として検査前30分程度）。
- ※ 検査当日は予約時間の15分前までに、ぼっぼブリッジ駐車場へお越しください。検査準備が整いましたら、職員が迎えにまいります。自家用車の方は車内でお待ちください。
- ※ 検査当日は医師の問診および検体採取のみで終了します。検査方法は、鼻咽頭ぬぐい液の採取によるPCR検査です。□
- ※ 当院は第2種感染症指定病院です。感染症患者が増加した場合は診療を優先するため、自費診療による検査を中止する場合があります。□
- ※ 診察時に何らかの疾患に罹患している可能性が高いと医師が判断した場合は、保険診療に切り替えて診察を行います。□
- ※ 新型コロナウイルス感染症の方で、PCR検査が陽性となる割合（感度）は、最も感度の高い発症2～9日で80%程度とされており、100%ではありません。これらのことをご理解いただき、検査を受けていただく必要があります。□
- ※ 検査結果は、証明書にてお渡しします。検査証明書は翌営業日の午後に交付いたします。□ □
13時～17時の間に、1階⑥番「入退院窓口」へお越しください。
- ※ 検査証明書は原則、窓口交付となります。□ □
郵送を希望される場合は、検査予約時にお申し出ください。封筒に返信先を明記し、切手を貼付したものをご持参ください。□
- ※ 検査料金は検査当日にお支払いください。検査を行った後は、いかなる理由があっても検査料金の返金はいたしかねます。□
- ※ 検査で陽性と判明した場合は、新型コロナウイルス感染者として保健所へ届け出を行います。
以降は感染者として保健所の指示に従っていただきます。□