

# 新型コロナウイルスPCR検査申込書

申込者記入欄	フリガナ		性別			
	氏名		男	女		
	生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日 ( 歳)	
	住所 (検査結果送付先)	〒				
	日中に連絡が取れる 電話番号	(検査結果について、電話連絡をさせていただきますので <b>必ずご記入</b> ください。)				
	申し込み希望日	第一希望	令和	年	月	日 ( )
		第二希望	令和	年	月	日 ( )
第三希望		令和	年	月	日 ( )	
当院での受診歴の 有無	無 ・ 有 (診察券番号: ) ※有と記入された方は、診察券番号も記入してください。 ご不明な方は、記入されなくて結構です。					

## 《同意書》

私は、「だ液による新型コロナウイルス検査」(自費診療)《説明書》を読み、内容を十分に理解しました。

自らの判断で、本PCR検査を受けることを希望いたします。

なお、検査の結果が陽性になった場合は、感染症法により、感染者として保健所の指示に従うことについても同意します。

同意年月日: 令和 年 月 日

本人署名: \_\_\_\_\_

代理人署名: \_\_\_\_\_ (本人との関係: \_\_\_\_\_)

(注)1. 署名欄は本人が自署してください。

2. 本人が署名できなときは代理人が署名してください。

3. 代理人は、親権者、後見人、扶養義務者、配偶者、親、子などにあたる成人です。