新型コロナウイルス感染症唾液 PCR 検査（自費検査）
検査申込書・同意書・健康確認票

〔検査申込書・同意書〕

①	フリガナ		
	氏　　名		
②	生年月日	□昭和 □平成 □令和	年　　月　　日
③	性　　別	□男　・　□女	
④	住　　所 （検査結果票送付先）	〒	
⑤	携帯電話番号		
⑥	新型コロナウイルス感染症唾液 PCR 検査（自費検査）の説明書を読み内容を理解しましたか。	□はい	□いいえ
⑦	新型コロナウイルス感染症唾液 PCR 検査（自費検査）を行いますか。	□はい	□いいえ
⑧	自費検査料金 33,000 円（税込）について同意しますか。	□はい	□いいえ
⑨	陽性の場合は、電話での連絡と同時に保健所に連絡することを理解し同意しますか。	□はい	□いいえ
令和　　年　　月　　日		署　　名 (※本人自署)	

＊⑧⑨の内容をご理解いただけない場合、当院での自費検査はお受けできません。

〔健康確認表〕

1	今日は、かぜ症状がありますか。	□なし	□あり
2	1 週間以内にかぜ症状がありましたか。	□なし	□あり
3	1、2 でありの方はどのような症状ですか。	□発熱（　　℃）　□咳　□息苦しさ □味覚臭覚異常　□咽頭痛　□頭痛　□鼻水 □その他 （　　）	
4	家族または職場の同僚、友人等に新型コロナの発症者、又は濃厚接触者がいますか。	□いない	□いる
5	県外に出掛けましたか	□出掛けていない	□出掛けた
6	飲食を伴う会議、集会等に出席しましたか。	□なし	□あり

小国町立病院　令和 2 年 12 月 22 日