新型コロナウイルスPCR検査 申込書兼問診票/団体用

【検査について】

この検査は、現在症状がある方のための検査ではなく、『現在かかっていないことを確かめる』ことを

目的とした検査としています。（発熱・全身倦怠感・味覚症状・嗅覚症状・咳などの症状がないこと）

＜検査方法＞

唾液を滅菌容器に１～２mL程度（５００円玉ほどの大きさを目安に）採取していただきます。

※採取する３０分前は飲食や歯磨き、うがいは控えてください。

＜費用＞

保険外診療のため自費となります。検査費用と証明書料は以下のとおりです。

　　　　　・検査費用（結果票あり）：１６，５００円(税込み)　　・証明書料（追加）５，５００円(税込み)

＜結果について＞

検査実施から、１～３日程でお勤め先へ郵送します。

＜陽性判定となった場合＞

陽性の場合、保健所への報告が義務付けられています。当センターより検査結果、名前、連絡先などを

保健所に報告しますので、その後の対応については、保健所等からの指示に従ってください。

【申込・署名欄】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日：令和　　　　　年　　　月　　　日

※上記の説明を理解し、検査を受けることに同意の上、申込みます。

本人署名 　カナ(※必須)　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　男　・　女

生年月日 S・H　　　　年　　　月　　　日　年齢　　　　歳

TEL　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(携帯電話など緊急時に連絡が取れる連絡先)

自宅住所　〒　　　 -

結果票以外に証明書が　（　　必要　　・　　不要　　）

【問診欄】

１．この1週間で以下の症状はありませんか？

症状：　発熱(37.5℃以上)　　咳　　全身倦怠感　　味覚症状　　嗅覚症状　　鼻水　　咽頭痛　　下痢

はい、ありません　（症状がないことを確認し、○で囲んでください）

　　　　　　検査当日の体温：　　　　℃

２．今回の検査目的をお教えください。（該当するものに○で囲んでください）

A．仕事上、必要なため（仕事内容・業種：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

B．職場から検査することを指示されたため（会社・団体名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

C．海外渡航目的のため（渡航先：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

D．自分が感染していないか知りたい

E．地元への帰省や高齢の家族や乳幼児などと会うため

F．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　富山市医師会健康管理センター　臨床検査部