

No1 から No. 3 の書類は記載の上、FAX あるいは Eメールに添付して

e-mail



送信してください。

FAX 番号 ; 0 2 8 - 6 5 4 - 2 1 8 8

E-メール : 0286542188@terada-family-clinic.jp

医療機関宛

v20210801

PCR 検査など 依頼状 (PCR 検査 あり・なし) 1/3

記載日	年 月 日		
検査日	年 月 日 (曜日)		
渡航日	海外渡航の場合 年 月 日 (曜日)		
検査希望者 (PCR 検査が必要 ない場合には 診断書発行希望 者)	氏 名		
	生年月日 (西暦)	年 月 日	
	自 宅 住 所	〒	
	(携帯) 電話番号		
	E-mail アドレス		
	現在の就業場所 (都道府県・市)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	就 業 期 間	上記 <input checked="" type="checkbox"/> ありの場合 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	
検査希望者が 海外渡航される 場合にはこの欄 をすべて記載し てください。	パスポート番号		
	渡航地 (国・空港名)	国	空港
	出発地 (空港名)	空港	
	日本出国日	年 月 日	
	現地入国日	年 月 日	
	訪問国における 滞在先 (住所)		
	訪問国における 滞在先 (電話番号)		
お勤め先からの PCR 検査の指示や PCR 検査が必要な渡航者である場合は下記を記載してください。			
依頼者	氏 名		
	企業・団体名など (所属/職位)		
	企業・団体所在地		
	連 絡 先	Tel : _____	
		E-Mail : _____	

■ 説明書： 新型コロナウイルス感染症 PCR 検査

1. PCR 検査では、新型コロナウイルスに感染しているかを調べます。
2. 検査は、「細い綿棒で鼻や喉の奥を拭う方法」で行います。
3. PCR 検査は、感度(感染している人が陽性と判定される確率)や特異度(感染していない人が陰性と判定される確率)に限界のある検査です。
4. この検査で結果が陽性になった場合、感染症法に則り、保健所の指示の下で、感染症指定医療機関などへ入院措置となる可能性があることを、十分ご理解ください。
5. (海外渡航のための PCR 検査について)
海外渡航の際には入国時や入国後の対応は、渡航国の方針に従うこととなります。PCR 検査の証明書は、入国を保証するものあるいは入国後の活動制限をなくす保証があるわけではありません。

■ 同意書： 新型コロナウイルス感染症 PCR 検査

私は、海外渡航・入国・出張やそのほかの理由により新型コロナウイルス感染症 PCR 検査について、「説明書： 新型コロナウイルス感染症 PCR 検査」を読み、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、感染者として管轄保健所の指示に従うことについても同意します。

記載日.....年.....月.....日(.....時.....分).....

検査希望者氏名(自署):.....

※代諾者(□保護者 □ 親族等)氏名(自署):..... 続柄:.....

日本における住所 :.....

郵便番号 :.....

問診票(新型コロナウイルス感染症の PCR 検査など)

20210806v01

記載日.....記載時刻.....

これまでの経過につきましておたずねします。お手数ですが診療上大切ですので、ご協力をお願いいたします。何かご不明な点などありましたらお尋ねください。 _

初めて当院に受診(予定)した。 受診したことがある。 現在の体温.....度

お名前 ふりがな.....

.....(男・女).....年齢.....歳.....

■ 受診理由 ; 新型コロナウイルス感染症の PCR 検査 ・ 証明書発行(必要 不要)

1. 記載日から過去 14 日の間に下の 症状がありますか?(あれば をしてください)

現在の症状 なし あり

発熱 咳 呼吸困難 のどの痛み 嘔吐 下痢 全身倦怠感

においを感じない 味を感じない 発疹 皮下出血

※上記以外の症状

上記の症状(症状がある方)で 本日迄に 医療機関を受診されましたか？。

いいえ はい

※ はいの場合には記載して下さい → 医療機関名.....受診日.....

2. 過去 2 週間以内に、公共の交通機関(電車、新幹線、飛行機など)をつかって移動しましたか？。

いいえ はい 2 週間以内の海外渡航歴 ある ない

※ はいの場合には具体的に記載して下さい →

3. 過去 2 週間以内に、 飲食店 映画館 カラオケボックス ジム などに行かれたことがありますか。

いいえ はい

※ 「はい」 場合には日付・場所等具体的に記載して下さい →

4. ご家族の方・勤務先・学校で 現在 発熱などの症状がある かたはいらっしゃいますか？

いない いる (どなたですか ?)

5. 現在、定期的に何かお薬をおのみになっていますか？

いいえ はい

.....傷病名.....内服薬の内容.....

6. アレルギーなど特異体質といわれたことはありますか？ (いいえ はい)

7. 鼻の手術・処置は受けたことがありますか？。

なし あり ありの場合.....歳 / 手術・処置の内容.....)

ご協力ありがとうございました。お呼びするまでもうしばらくお待ちください。

【個人情報取り扱いについて】 ご協力いただきました個人情報は安全かつ厳密に管理します。法令に定めるもののほか第三者に開示することはありません。なお、個人情報の訂正・削除につきましては 当院受付窓口まで御相談ください。