**（ID　　　　　　　）**　問診票　　　**検査日****/****/****（****）**

ふりがな（                                                  　）

氏　　 名（                                                  　）

生年月日（[ ] S[ ] H[ ] R     年     月     日     才）

性別（[ ] 男性 /[ ] 女性） 職業（                    ）

携帯電話（     -     -     ）　電話（     -     -          ）

緊急連絡先（                         ）　電話（     -     -          ）

住所（〒     -                                                                       ）

**※会社提出など領収書希望の方（宛名：**）

下記あてはまるものにチェック、またはご記入お願いします。

●周りに新型コロナ感染者（[ ] いない/[ ] いた　濃厚接触：                                   ）

●周りに新型コロナ感染者と強く疑われる人（[ ] いない/[ ] いた                              ）

●いわゆる夜の街にいかれたか（[ ] いいえ/[ ] はい                                        ）

●最近旅行・渡航・会食・人の集まりなどにいかれたか？（[ ] いいえ　/[ ] はい                    ）

※結果連絡方法・証明書の有無にチェックをしてください。

**●**結果連絡方法は（[ ] 電話/[ ] 来院 /[ ] メール:                                        ）

●証明書（[ ] 必要/[ ] 不必要）　→必要な方（[ ] 郵送/[ ] 来院/[ ] メール添付　）

※　症状によって、保険がきく場合と自費になる場合がありますのでご留意ください。詳しくはHPを。

また、お支払いは現金のみになりますのでご準備お願いいたします。

結果は抗原検査は20分後、PCRは翌日の朝〜夕方 (最短は6時間後)になります。

**●無症状の方、検査希望の理由**（[ ] 帰省、[ ] 家族の付添い、[ ] 濃厚接触、その他：          ）

**検査内容**　ご**希望にチェックお願いします**

**抗原検査（鼻腔）****[ ]** ￥15,000　/　**PCR検査（唾液）**[ ] ￥22,000（自宅採取）　[ ] ￥25,000（当院採取）

**最短の6時間後の結果/証明書希望**　追加 [ ] ￥5,000　（追加の輸送料などの費用です）

●**症状ある方ご記入ください**（ 熱     ℃　、いつから                                   ）

息苦しさ（[ ] ー　[ ] ＋ [ ] ＋＋）　　咳（[ ] ー　[ ] ＋ [ ] ＋＋）　　倦怠感（[ ] ー　[ ] ＋ [ ] ＋＋）

筋肉痛（[ ] ー　[ ] ＋ [ ] ＋＋）　　咽頭痛（[ ] ー　[ ] ＋ [ ] ＋＋）　　頭痛（[ ] ー　[ ] ＋ [ ] ＋＋）

下痢（[ ] ー　[ ] ＋ [ ] ＋＋）　　味覚異常（[ ] ー　[ ] ＋ [ ] ＋＋）　嗅覚異常（[ ] ー　[ ] ＋ [ ] ＋＋）

その他（                                                                           ）

●**あてはまるものにチェックをお願いします**

●薬や食べ物のアレルギーがありますか？（[ ] ない/[ ] ある（                              ）

●既往歴があればご記入ください。（[ ] ない/[ ] ある                                        ）

●家族の方で大きな病気をお持ちの方は？（[ ] いない/[ ] いる（                              ）

●糖尿病（[ ] ない/[ ] ある）　　　　●妊娠（[ ] ない/[ ] ある）

