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

ふりがな（                                                  　）

氏　　 名（                                                  　）

生年月日（SHR     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）

テキスト が含まれている画像

自動的に生成された説明