

受診日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診時体温： _____ °C

新型コロナウイルス感染症 自費PCR検査 問診票

氏名： _____ 生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

電話番号(連絡先)： _____ 検査の目的： _____

以下にあてはまるものがある場合は、陰性証明を発行することはできません。

- 14 日以内に 37.5° 以上の発熱があった
- 咳・痰・咽頭痛・鼻汁・頭痛・味覚異常・嗅覚異常がある
- 14 日以内に、コロナ感染症が疑われる人との接触があった

- 14 日以内にクラブやバーなど接待を伴う飲食店へ行った
- (同上) ライブハウス、カラオケ、ジム、パーティーなど人の集まる場所に行った
- (同上) 海外 (_____) に渡航した

検査を受けるにあたっての注意事項

下記を確認し にチェックしてください。

- 海外渡航先当局より提出が求められている場合は、項目(検査内容や所定書式の有無等)や条件(診断から申請までの期間、証明書の有効期限等)については、必ずご自身で外務省のウェブサイトや当該国の在日大使館等にご確認のうえお申込みください。
- 交付までは検査日を含め 3-4 日営業日かかります。
- PCR 検査の感度は 7 割程度と言われており、たとえ結果が陰性であっても感染していないことの証明にはなりません(偽陰性の可能性)。
- 新型コロナウイルス感染症は、症状がなくても感染していることがあります。また、ウイルスが実際にはいない場合でも PCR 検査結果が陽性となることがあります(偽陽性)。
- 検査結果が陽性となった場合には、電話でご連絡します。感染症法に基づき保健所の指示に従って頂く必要があります。

上記を理解し、検査を受けることを希望いたします。 署名： _____

医療法人社団大坪会 東都文京病院

〒113-0034 東京都文京区湯島 3-5-7 TEL03(3831)2181