

ID番号	
------	--

PCR検査希望・申込書

令和 年 月 日

私は、下記の留意事項を了承のうえ、検査を希望し申し込みます。

1.本人情報			
ふりがな		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏 名 (自署)		生年月日・年齢	(昭和、平成、令和) 年 月 日 歳
職 業		(勤務先・学校等)	
住 所			
電話番号 (自宅)		電話番号 (携帯)	
来院手段等	車 ・ 徒歩 ・ 自転車 車の車種 ()、NO ()、色 ()		
2.本人以外の連絡先			
ふりがな			
氏 名		続 柄	
住 所			
電話番号 (自宅)		電話番号 (携帯)	
3.検査の目的 (該当するものにチェックしてください)			
<input type="checkbox"/> 旅行や帰国など海外渡航の際、新型コロナウイルスPCR検査の陰性証明が必要なため			
<input type="checkbox"/> 出社や仕事などで国内の移動の際、新型コロナウイルスPCR検査の陰性証明が必要なため			
<input type="checkbox"/> 企業や団体で新型コロナウイルスPCR検査の陰性証明が必要なため			
<input type="checkbox"/> 施設などへの入所前に新型コロナウイルスPCR検査の陰性証明が必要なため			
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスの感染が心配なため			
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載してください)			
()			

【留意事項】

- この検査の性質上、実際には感染しているのに結果が陰性になること (偽陰性) や、感染していないのに結果が陽性になること (偽陽性) があります。
また、検査結果は検体採取時点の数値によるもので、将来に亘って有効なものではありません。
- この検査は予約制で、毎週金曜日 (祝日除く) 14時からドライブスルー方式で行います。
- 検査に要する費用は全額自己負担で、33,000円 (証明書料含む) です。検査申し込みの際に当該料金をお支払いください。
- 検査結果は翌週の月曜日 (月曜日が休日の際は火曜日) に判明します。証明書をお渡ししますので、月曜日 (火曜日) 14時~17時に総合受付 (1階) でお受け取り下さい。
なお、検査結果の電話等でのお問い合わせや郵送には応じられませんのでご了承ください。
- 検査結果が陽性の場合、当院より保健所へ速やかに報告いたします。その結果、症状の有無にかかわらず、入院や宿泊療養、自宅療養となる可能性があります。