【新型コロナウイルス PCR 検査（自費診療）申込書兼同意書】

自らの意思で希望される方

申込書	年　　月　　日		
フリガナ		性別	
氏名		男	女
生年月日	年　　月　　日生	歳	
現住所	〒（　　―　　）		
電話番号			
メールアドレス			

【コロナ患者との接触歴】（　有　・　無　）

㊒の方のみ、詳細のご記入をお願いします。（例：マスクを外した状態で〇〇で〇〇分間コロナ患者と接した為）

（　　）

料金表（必要なものに☑をつけ、合計金額を記入）		
	☑ＰＣＲ検査（唾液）	１６，５００円
	☑ＱＲコードでの結果報告	５，５００円
	□時間外オプション（当院指定時間以外での検査予約）	５，５００円
	□当日オプション（午前中検査→夕方までに結果報告）	５，５００円
	合計金額	円

【同意書】

「唾液による新型コロナウイルス PCR 検査（自費診療）」について、説明書を読み十分理解しました。検査を受ける事に同意いたします。尚、検査の結果が陽性になった場合は、感染症法により保健所の指示に従う事に同意いたします。

年　　月　　日　　署名（本人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名(保護者／親族)　続柄＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※未成年者の場合は(保護者／親族)欄にも署名をお願いします。

【持参物チェックリスト】　☑新型コロナウイルス PCR 検査（自費診療）申込書兼同意書

□免許証または保険証

□支払い料金（原則クレジット決済。難しい場合は現金。）