

## 【新型コロナウイルス PCR 検査同意書】

下記内容をお読みになり、同意する場合はを入れてください。

本検査は現在、新型コロナウイルス感染症にかかっているかを確認する検査であることを理解している。

本検査は、現在無症状である方を対象としているため、保険適応外である。結果が陽性であった場合も、保険診療への切替は不可であることを理解している。

本検査にて陽性の結果が出た場合、当院や保健所からのその後の対応や症状、経過を確認する電話連絡に協力する。

本検査を実施後、検査結果が出るまでは外出を控え、自宅安静に協力する。

検査終了後、症状や体調に変化があった場合には、速やかにいりたに内科クリニックへ連絡をする。

本検査について上記の事を理解し、同意致します。

令和 2年 月 日

ご署名

### 問診票

#### 2週間以内に

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| ・37.5℃以上もしくは平熱を超える発熱があった        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・普段と違った体調不良があった（味覚障害など）         | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・新型コロナウイルス感染症と診断された方と接触した(濃厚接触) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・海外渡航歴がある                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・診断書(3,000円+税)の希望はございますか？       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

※報告書は検査者全員にお渡ししています。

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| ・結果は郵送とクリニック受付受け取りどちらをご希望ですか？ | <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 受付 |
|-------------------------------|---|

医療法人社団勝榮会 いりたに内科クリニック  
〒168-0063 東京都杉並区和泉4-51-6  
TEL : 03-5305-5788