

同意書

※下記のうち、該当する項目のチェックボックスにチェックを入れてください。

同意内容

| | |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 現在、風邪症状がある。 |
| <input type="checkbox"/> | 現在、37.5℃以上の熱がある。 |
| <input type="checkbox"/> | 過去2週間以内に新型コロナウイルス感染者と接触したことがある。 |
| <input type="checkbox"/> | 過去2週間以内に職場、学校などで新型コロナウイルス感染者がいた。 |
| <input type="checkbox"/> | 味覚や臭覚などに異常が見られる。 |

| | | | | | |
|------------|-----|---|---|------------------------|-------------------------|
| フリガナ 氏名 | | | | | |
| 生年月日 | | | | 年齢 | |
| 西暦 | 昭和 | | | | |
| 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | | | | 検査方法 ※選択し、○をつけて下さい。 | |
| 自宅 | () | — | | PCR 唾液 | PCR 鼻咽頭 ぬぐい 抗原 |
| 携帯 | () | — | | | |



本牧ベイサイドクリニック

同意書

自費での PCR 検査を希望します (はい ・ いいえ)

※なお、陽性判定が出た場合でも、PCR 検査料の返金はありません。

上記を了承した上で、自費での PCR 検査を受けます。

年 月 日

氏名 _____