

## 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	( )	—			