

FAX番号0280-77-2227

つるみ脳神経病院  
COVID-19 PCRセンター宛

記載日 年 月 日

氏名

性別 男 ・ 女

生年月日 年 月 日

電話番号

FAX番号

住所をご記入ください

(〒 - )

## 《問診票》

問診票をご記入ください

①	37.5度以上の熱がある (現在の体温 )	はい	いいえ
②	風邪に似た症状がある (喉の痛みや関節の痛みなど)	はい	いいえ
③	強いだるさ (倦怠感) や息苦しさ (呼吸困難) がある	はい	いいえ
④	味覚・嗅覚に異常がある	はい	いいえ
⑤	2週間以内に海外への渡航歴または流行地域に滞在歴がある	はい	いいえ
⑥	新型コロナウイルス感染者、またはその疑いがある者との接触がある	はい	いいえ
⑦	COVID-19感染症の検査を受けた、または陽性と診断されたことがある	はい	いいえ
⑧	新型コロナウイルスワクチンを接種済である	はい	いいえ
⑨	診断書の希望がある	はい	いいえ
⑩	その他 症状があればご記入ください		

※ 当院発熱外来での投薬対応はしていませんので予めご了承ください。

お車情報をご記入ください

車体の色 ( ) 車種 ( ) ナンバー ( )
--------------------------

支払い方法を選択ください

<input type="checkbox"/> 銀行振り込み	振込先 常陽銀行 三和支店 普通 1509482 (名義)つるみ脳神経病院[ツルミノウシンケイビョウイン]
<input type="checkbox"/> クレジットカード決済 Pay Pal	メールにて請求書をお送りします。 御請求先メールアドレス ( @ )

備考欄 ※質問等ございましたらご記入ください

--

## 《同意書》

検査結果を問わず、保健所への報告が義務付けられていますので、報告させていただきます。  
なお、感染者と認められた場合には、感染症法に基づき保健所の指示に従っていただきます。  
上記の問診内容に間違いなく、検査を受けるにあたり内容の説明を受けて理解しましたので、  
検査実施に同意します。

本人署名 \_\_\_\_\_

[ 代理人(続柄) ( ) ] \_\_\_\_\_