



医療法人 永和会

東十条さかい

糖尿病・内科クリニック

(ID) 問診票 検査日 / / ()

ふりがな()

氏名()

生年月日(S.H.R 年 月 日 才) 性別(男性/ 女性)

携帯電話(- -) 電話(— —)

緊急連絡先() 電話(-- --)

住所(〒)

※会社提出など領収書希望の方(宛名:)

下記あてはまるものに○、またはご記入をお願いします

●周りに新型コロナ感染者(いない / いた 濃厚接触:)

●周りに新型コロナ感染者と強く疑われる人(いない / いた)

●いわゆる夜の街にいかれたか(いいえ / はい)

●最近旅行・渡航・会食・人の集まりなどにいかれたか?(いいえ / はい)

※結果連絡方法・証明書の有無に○をしてください

●結果連絡方法は(電話 / 来院 / メール :)

●証明書(必要 / 不必要) →必要な方(郵送 / 来院 / メール添付)

※ 症状によって、保険がきく場合と**自費**になる場合がありますのでご注意ください(詳しくは HP を)

また、お支払いは**現金のみ**になりますのでご準備お願いいたします

結果は**抗原検査は 20 分後、PCR は翌日の朝～夕方(最短は 6 時間後)**になります

●無症状の方、検査希望の理由 (帰省 / 家族の付き添い / 濃厚接触)

検査内容 ご希望にチェックをお願いします

抗原検査(鼻腔) □ ¥15,000 / PCR 検査(唾液) □ ¥22,000(自宅採取) □ ¥25,000(当院採取)

最短の 6 時間後の結果希望 追加 □ ¥5,000 (追加の輸送料などの費用です)

●**症状ある方ご記入ください**(熱 °C いつから)

息苦しさ(- + ++) 咳(- + ++) 倦怠感(- + ++) 筋肉痛(- + ++)

咽頭痛(- + ++) 頭痛(- + ++) 下痢(- + ++) 味覚異常(- + ++) 嗅覚異常(- + ++)

その他()

●**あてはまるものに○をお願いします**

●薬や食べ物のアレルギーがありますか?(ない / ある()

●既往歴があればご記入ください。(ない / ある ()

●家族の方で大きな病気をお持ちの方は?(いない / いる()

●糖尿病(ない / ある) ●妊娠(ない / ある)