

FAX代表 055(232)9612

個人向け PCR 検査問い合わせ兼申込書

(ふりがな)

お名前： _____

お電話番号： _____

現住所： _____

検査希望日： _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

★健康問診票：過去 2 週間以内のことをお聞きします。該当の場合✓印を入れてください。

過去 2 週間以内にご自身に発熱・咳・鼻水・味覚障害・嗅覚障害等の体調不良があった

過去 2 週間以内に新型コロナウイルス感染又は疑いがある方との接触があった(月 日)

ご自身が新型コロナウイルスに感染し、治療と隔離措置を受けた(月 日 ~ 月 日)

<今回検査を受ける動機>

<ご質問や要望事項>

※お送り頂きました FAX 内容を確認後、こちらからご連絡先にお電話を差し上げますので、
しばらくお待ち下さい。

医療法人恭栄会
今井循環器呼吸器科