

【問診票】

医師の判断により、各種検査をお受け頂けない場合がございます

	記入日	年 月 日
	来院時の体温(職員記入)	℃
フリガナ	生年月日	
氏名	年 月 日 (歳)	

下記項目の当てはまるものにマル(O)をしてください

■本日の検査内容		
PCR検査	<input type="checkbox"/>	抗原検査(定量) <input type="checkbox"/> 抗原検査(定性)

■PCR検査を受けられる方へ		
鼻咽頭ぬぐい液	<input type="checkbox"/>	唾液

■過去に新型コロナウイルス感染症にかかりましたか？		
いいえ	はい	「はい」の方は感染時期を記入してください： / /

【検査を受けられる全ての方】

■1週間以内に該当する症状	はい	いいえ
・ 37.5℃以上の発熱		
・ 喉の痛み・鼻水・咳・たん・頭痛		
・ 熱感・悪寒		
・ 強いだるさ(倦怠感)、息苦しさ		
・ 味覚・嗅覚異常		
・ 吐き気・嘔吐		
・ 下痢		

■2週間以内に該当するもの	はい	いいえ
・ 海外渡航をした(海外から帰国/入国した)		
・ 海外渡航者と接触した		
・ 新型コロナウイルス感染者と接触した		

■ワクチン接種について	はい	いいえ
・ ワクチン接種をした		
・ 「はい」と回答した方(右欄に接種回数を記載下さい)		回

担当医サイン _____

【同意書】

個人情報の取り扱いについて、関西国際空港PCR検査クリニックへ、以下の情報を提供することに同意します。

- ・氏名、年齢、生年月日、国籍、住所、電話番号及びメールアドレス
- ・渡航先国、渡航目的、渡航日時、渡航期間
- ・航空券番号又は航空券予約番号、パスポート番号
- ・検査手法、検査日時及び検査場所、検査結果

過去約2ヶ月前後に、新型コロナウイルスに感染された方は、本日の検査結果が陽性となる場合がございます。予めご了承下さい。

稀に再検査となる可能性があり、その場合は結果の通知が所定時間を越える場合があります。

結果通知が出発便までに間に合わない場合、ご自身で航空会社や旅行代理店にご連絡の上、予約変更・キャンセル等の手続きを実施して頂きます。検査結果による乗り遅れや予約変更・キャンセルに伴う費用や損害等に関して、当院は一切の責任を負いかねます。

PCR検査の陰性証明書は渡航先国の入国を保証するものではありません。入国時や入国後の対応は渡航国の規定に従うことに同意します。

検査後の返金は求めません。（陽性時の場合を含む）

証明書交付後に内容変更、紛失の場合は再発行になります。
その際は別途1,100円（税込）を徴収いたします。

陽性結果の場合は、公共交通機関を除く移動手段をご自身で確保した上で自宅等へ戻り、保健所の指示に従って隔離・療養を行うことに同意します。その場合の費用は自己負担します。（連絡がつかない場合、警察機関にも情報を提供します。）

← 上記に記載間違いのないことを確認し、検査を受けることに同意します。

※ 以下の情報は陽性判明した場合に必要な情報です。必ずご記入ください。

	記入日	年	月	日
国内の住所	〒			
携帯番号	(検査当日に連絡がつく連絡先の記載をお願い致します。)			
氏名(自署)				

検査希望者が18歳未満の場合は、保護者の方が上記を記入し、以下にサインして下さい。

代諾者（保護者/親族等）

氏名(自署)		続柄	
--------	--	----	--