

【問診票】

有料国内用 + 結果通知

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

■PCR検査を受けられる方へ

鼻咽頭ぬぐい液 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にチェックをお願いします。

37.5℃以上の発熱 咳・たん 頭痛 息苦しさ

強いだるさ(倦怠感) 味覚・嗅覚障害 吐き気・嘔吐 下痢

以下に該当するものは、チェックをお願いします。

過去2週間で、コロナウイルス感染症陽性者と接触し、自身が濃厚接触者に該当している

現在、妊娠している

基礎疾患の有無について、該当するものにチェックをお願いします。

悪性腫瘍 慢性呼吸器疾患 慢性腎臓病 心血管疾患 脳血管疾患 高血圧

糖尿病 脂質異常症 肥満(BMI30以上) 臓器移植 免疫抑制剤 抗がん剤の使用

その他()

■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、住所、電話番号及びメールアドレス
- ・検査手法、検査日時及び検査場所、検査結果

過去約3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。

検査結果による、公共交通機関、旅行先の予約変更・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検査の結果通知書は、海外渡航の為に陰性証明書ではありません。

検査後の返金は求めません。（陽性時の場合を含む）

検査結果の詳細についていかなる問合せも行わず、再検査の要求はいたしません。

結果通知書は予約時に登録したメールアドレスに送付いたします。電話予約された方は、必ず下記のメールアドレス欄に記載をお願いします。メールフィルターを設定されている方は、報告メールが届かない場合がございますので、ご注意ください。

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、行政・保健所の方針に従って隔離・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
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。)				
メールアドレス (結果送付用)	<input type="checkbox"/> 予約時のメールアドレスに送付希望 <input type="checkbox"/> ↓記入アドレスに送付希望 【メールアドレス記入欄】※電話予約された方は、必ず記入をお願いします。				
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	
--------	--	----	--