

# 新型コロナウイルス検査申込書兼同意書

		I D : _____	
フリガナ 氏名		男 ・ 女	申し込み日
			R 3 年 月 日
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生	歳	
現住所	〒 (            -            )		
	日中連絡可能な電話番号 (            )            -		
受診希望日	令和 3 年 月 日 (            )		

## 同意書

都城健康サービスセンター 所長 様

新型コロナウイルス検査（自費）説明書を理解し、検査を受けることに同意します。  
また、検査結果が陽性の場合、保健所へ連絡することに同意します。

令和 3 年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

当日記入欄

受診日	令和 3 年 月 日 (            )		
問診内容	<input type="checkbox"/> 体温（当日朝            °C ・ 来館時            °C）	<input type="checkbox"/> 強いだるさ	
	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 息苦しさ
	<input type="checkbox"/> 嘔吐・嘔気	<input type="checkbox"/> 下痢	
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスの患者やその疑いのある人と接触した（可能性がある）		
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> その他 (            )