新型コロナウイルス検査申込書兼同意書

		ＩＤ ：	
フリガナ 氏　名		男　・　女	申し込み日 Ｒ　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　　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　　年　　月　　日

署　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

当日記入欄

受診日	令和　　年　　月　　日　（　　）
問診内容	□　体温（当日朝　　℃・来館時　　℃）　□　強いだるさ □　咳　□　喉の痛み　□　息苦しさ □　嘔吐・嘔気　□　下痢 □　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	□　運転免許証　□　保険証　□　その他（　　）