

住所

〒

フリガナ
 氏名

【生年月日】 昭和 平成 令和 西暦 年 月 日
 性別 男性 女性 他
 携帯電話番号 () 判定後、携帯電話にメッセージを送信します

検査結果証明書(書面)の受け渡しに関して
 再診して、窓口で受けとる 郵送する

領収書が必要な場合、宛名をお願い致します。

1:検査の目的 陽性者 間接・直接接触 接触日 月 日
 家族 職場 知人 COCOA その他
 接触の無い知人の感染
 職場からの要請 (業務関連の検査)
 帰省・渡航・地方出張 免疫弱者との接触が予定される場合
 症状がある

2:症状あるものにチェックをお願い致します。
 なし 発熱 月 日 ~ 月 日
 咳・鼻水 月 日 ~ 月 日
 味覚異常 月 日 ~ 月 日
 嗅覚異常 月 日 ~ 月 日
 胃腸症状・下痢 月 日 ~ 月 日
 その他 月 日 ~ 月 日

3:治療中の病気はありますか? 薬を飲んでいますか?
 なし 糖尿病 喘息
 その他 COPD
 免疫抑制剤(ステロイドを含む)治療中 抗がん剤治療中

4:喫煙に関して 喫煙 なし 喫煙している 本/日

5:女性の方に確認です。妊娠の可能性はありますか?
 妊娠 なし 妊娠中 週 (妊娠週数を教えてください)
 判らない