

(来院日期：)

(ID：)

来院时体温： °C

新型冠状病毒感染症 PCR 检查问诊票検

(假名注音)

姓 名： _____

生年月日：阳历 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年龄： _____) 性别： 男 女

电话号码： _____ 职业： _____

(未成年的就诊者、请填写监护人信息。)

监护人姓名 (罗马字姓名)： _____

监护人地址： _____

◇ 最近 2 周内以下的症状、请在□里打✓号。

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 恶寒 chills | <input type="checkbox"/> 发烧 fever | <input type="checkbox"/> 疲惫感 fatigue | <input type="checkbox"/> 肌肉痛 muscle pain |
| <input type="checkbox"/> 头痛 headache | <input type="checkbox"/> 咳嗽 cough | <input type="checkbox"/> 咽喉痛 sore throat | <input type="checkbox"/> 流鼻水 sneezing |
| <input type="checkbox"/> 气短 shortness of breath | <input type="checkbox"/> 腹泻 diarrhea | <input type="checkbox"/> 呕吐 vomiting | |
| <input type="checkbox"/> 味觉嗅觉异常 loss of taste or smell | | | |
| <input type="checkbox"/> 没有以上症状 | | | |

请回答您的新型冠状病毒疫苗接种情况。 请在□打 ✓。

① 您是否有接种新型冠状病毒疫苗？ 是 否

* 回答“是”的请继续回答。

② 您接种的是那一种疫苗？ 辉瑞 摩特纳 阿斯利康 其他 ()

③ 请您告诉我们您接种疫苗的次数和接种日期 第 1 次 (月/ 日) 第 2 次 (月/ 日)

新型冠状病毒感染症 PCR 检查说明・同意书

【检查目的】新型冠状病毒感染症检查是检查当前是否有被感染。

【检查概要】PCR 检查是通过鼻咽拭子培养病毒基因，来检测新型冠状病毒的基因是否有增多的检查方法。
采取鼻咽拭子后有可能会流鼻血。

【注意事项】

- 此检查是检测「当前的感染」，不是证明将来不会被感染。
- 采取检查样本量过少的话，有可能需要再次检查，出结果的天数也要多几天。
- 检测结果如果为阳性，根据感染症法我医义务将接受检查者的姓名，地址，电话号码等，报告给保健所。之后请听从保健所的指示。
- 如有发烧或呼吸器官出现症状，请先联系保健所，并按照指示去医院就诊。
- 请熟知，接受此项检查后将不退还检查费。
- 根据 PCR 检查的结果，极为少数有可能需要再次检查的情况，需要时我们会联系您，出现需要再次时，将在次日 11:30 可以领取检查结果。再次检查费用为 5,500 日元。

【有关个人信息】

我们会彻底保护好个人信息，避免这项检测的结果侵犯到接受检查者的人权，在职业和保险方面遭受社会上的不利影响。

【撤回同意书】

即使已经同意接受检查，在进行检查之前也可以撤回同意。撤回同意没有不利之处。

【 同 意 书 】

G クリニック 院長殿

关于新型冠状病毒感染 PCR 检查，是我自行判断决定接受的 PCR 检查。此外，也理解如果检测结果是阳性，将根据感染症法，向保健所通知我是感染者，我也同意遵守保健所的指示。

日 期： 阳历 年 月 日

希望检查者姓名（自签名）： _____

代签人（监护人/亲属等） 姓名（自签名）： _____ 关系： _____