

ご記入の上ご持参、もしくはFAX（042-789-0503）でご提出ください。

令和 年 月 日

電話予約済みの方専用 PCR 検査用問診表

フリガナ

氏 名 \_\_\_\_\_ 性 別 男 女

生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日 年 齢 歳

本日の体温 \_\_\_\_\_ °C 呼吸器症状 有 無

住 所 〒 \_\_\_\_\_

勤務先名称 \_\_\_\_\_

勤務先電話番号 \_\_\_\_\_

**PCR 検査結果連絡先 ※必ず連絡先は2ヵ所以上ご記入をお願いします。**

優先順	連絡先お電話番号	所在（例：本人携帯、親など）
1	( )	
2	( )	
3	( )	

○個人情報取り扱いに関して

当院では、患者様の取り違いを防ぐ目的で、お名前を呼ぶようにしております。

お名前と呼ばれることに不都合がある患者様は受付時にお申し出ください。

お名前と呼ばれることに不都合が ない ある

**※検査当日は保険証や免許証などの身分証をご持参ください。**

医療法人社団創生会 町田病院