# ＰＣＲ自費検査申込書（個人用）

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 年　月　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | | | |
| E-Mail | | | |

1.4週間以内に新型コロナウイルス陽性と診断された方との接触はありますか？

はい　　いいえ

2.過去２週間以内に海外や渡島管内以外へ行かれましたか？

はい　　いいえ

→「はい」と答えた方へ、どちらへ行かれましたか？

（　　）

3.PCR検査を受ける目的を差し支えない範囲で教えてください。

（　　）

4.検査結果が「陽性」となった場合には、保健所に連絡させていただきますので保健所の指示にしたがってください。

□　同意する