

施設入居時検査申込書・結果報告書

検体と本用紙と一緒に【井上病院 受付】にお渡しください

1. 申し込まれる施設の方はこちらをご記入ください。

施設名	
申込者名	
電話番号	
FAX番号	

2. 検査を受けられる方の情報を記入ください。

検査依頼日	年 月 日				
ふりがな			性別	生年月日	
患者氏名			男	女	T S H R 年 月 日 歳
同意書	検査結果が陰性であっても新型コロナウイルス感染を完全に否定することはできません。感染から日数が経っておらずウイルス量が少ない場合や、検体採取が不十分な場合などで陽性が出ないことがあります。 私は、上記内容を理解したうえで検査を受けることに同意します。 年 月 日 署名				

検査結果報告はFAXにて送信させていただきます。

【SARS-Cov2検査 結果報告】

SARS-Cov2核酸検出 ()

(報告者 :)

井上病院 事務部

Tel : 8 4 5 - 1 0 1 4

Fax : 8 4 5 - 3 6 0 0