

申 込 日	年 月 日		
フリガナ 氏 名			性別
診察券番号 (お持ちの方のみ)			
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	
職 業			
住 所	〒		
日中の連絡先（電話）	— —	電話連絡がつかない場合、検査日が遅くなる場合があります。 (自宅・携帯)	
受診希望日	平日月～水曜日13時30分～15時のみの実施です。混雑を避けるため時間調整をします。		
第1希望	年 月 日		
第2希望	年 月 日		
第3希望	年 月 日		
来院方法	自家用車以外の場合は、予約日が遅くなる可能性があります。来院方法の当日変更は出来ません。 <input type="checkbox"/> 自家用車（車内で唾液をとります） <input type="checkbox"/> 自家用車以外		
英文診断書の必要の有無 (□に✓) ※1	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（追加費用あり） 英文診断書に記載する 住所（英語表記）		
直近の健康状態や状況 (□に✓) ※2	<input type="checkbox"/> 37.5度以上の発熱はありません。 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状（咳、痰、息苦しさなど）はありません。 <input type="checkbox"/> 風邪症状（倦怠感、のどの痛みなど）はありません。 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常はありません。嘔吐下痢・結膜炎・頭痛はありません。 <input type="checkbox"/> 過去半年以内の海外渡航歴はありません。 <input type="checkbox"/> 接触した人や同居家族でCOVID-19と診断されている人はいません。 <input type="checkbox"/> 同居家族に発熱者はいません。 <input type="checkbox"/> 感染者との濃厚接触機会、感染リスク行動はありません。		

□に✓を入れてください

- 結果が陽性の場合に、保健所に氏名・住所・電話番号等の情報が提供されることに同意します。
- 私は、上記内容について相違ありませんので検査を申し込みます。

自署 \_\_\_\_\_

※1 本院の様式での作成となります。1枚当たり3,300円（税込）かかります。

※2 COVID-19を疑う症状が出ている方は検査できません。保健所にご相談ください。

申込先 FAX 048-462-1268

国立病院機構埼玉病院健康診断受付