

新型コロナウイルス抗原定量検査 申込書兼同意書

提出先:0178-27-3121(FAX)

※緊急の場合を除き来院前日までにお願いたします。

来院予定日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分
会社名	
電話番号	
診療科・来院目的	科 来院目的:
検査依頼医師名	
患者ID	※診察券をお持ちでない場合は記載不要
氏名	(フリガナ)
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生 歳 男・女
現住所	〒()
連絡先(個人)	() - ※結果をお知らせする際に使用します
請求書送付先	〒()
検査料金	7,700円(税込) ※請求書は郵送になりますので、当日のお支払いは不要です
検体採取方法	鼻咽頭拭い液(抗原定量法)

同意書

八戸赤十字病院 院長 殿

私は、新型コロナウイルス感染防止のため、新型コロナウイルス抗原定量検査を受けることに同意します。

年 月 日 (同意書名)