

PCR 検査受付表

名前		
生年月日	年 月 日	性別 男・女
いつから症状がありますか？	()日前	
どんな症状がありますか？ ○をつけて下さい	発熱(最高 °C)、咳、息がしづらい、だるい のどが痛い、鼻水、鼻づまり、頭痛、関節痛、筋肉痛 下痢、おう吐、吐気、その他()	
検査希望日	月 日	
提出予定日	月 日 対応は火曜～土曜のみ	
施設情報	施設名： 担当者： 住所： 〒 TEL 番号： FAX 番号：	

※対象の方の保険証等のコピーか画像を一緒にお送りください

医療法人社団札幌西区ともメンタルクリニック

〒063-0061 札幌市西区西町北 7 丁目 2-11 西さっぽろメディカルビル 1 階

TEL:011-213-9955 FAX:011-213-9969

MAIL: tomopcr@gmail.com