

# PCR検査受付表

施設情報	施設名:
	担当者:
	住所:〒
	電話番号: FAX番号:
申し込み人数	名
検査希望日	月 日
提出予定日	月 日 ※対応は火曜日～土曜日のみ

## 症状一覧 ※各症状のアルファベットを記入下さい。

A.発熱(最高何℃かを記入)	B.せき	C.息がしづらい	D.だるい	E.のどが痛い	F.鼻水	G.鼻づまり
H.頭痛	I.関節痛	J.筋肉痛	K.下痢	N.おう吐	M.吐き気	N.その他(一覧に該当しない症状を記入)

	お名前	生年月日	性別	いつから?	どんな症状ですか?
1人目		年 月 日		日前	
2人目		年 月 日		日前	
3人目		年 月 日		日前	
4人目		年 月 日		日前	
5人目		年 月 日		日前	
6人目		年 月 日		日前	

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

	お名前	生年月日	性別	いつから?	どんな症状ですか?
7人目		年 月 日		日前	
8人目		年 月 日		日前	
9人目		年 月 日		日前	
10人目		年 月 日		日前	
11人目		年 月 日		日前	
12人目		年 月 日		日前	
13人目		年 月 日		日前	
14人目		年 月 日		日前	
15人目		年 月 日		日前	
16人目		年 月 日		日前	
17人目		年 月 日		日前	
18人目		年 月 日		日前	
19人目		年 月 日		日前	

	お名前	生年月日	性別	いつから?	どんな症状ですか？
20人目		年 月 日		日前	
21人目		年 月 日		日前	
22人目		年 月 日		日前	
23人目		年 月 日		日前	
24人目		年 月 日		日前	
25人目		年 月 日		日前	
26人目		年 月 日		日前	
27人目		年 月 日		日前	
28人目		年 月 日		日前	
29人目		年 月 日		日前	
30人目		年 月 日		日前	
31人目		年 月 日		日前	
32人目		年 月 日		日前	