

検査結果通知用、電話番号通知書 兼 同意書

医療法人社団鷓山会 鷓山医院 院長殿

電話番号：

— —

生年月日：

昭和・平成・令和 年 月 日
(西暦 年)

(合い言葉) あなたのお母さんの下の名前：

ひらがな

・本人確認の方法は、生年月日と、合い言葉(母親の名前)の確認で行います。

・私は、COVID-19(コロナウィルス)PCR 検査結果の通知に際し、電話で通知されることに同意致します。

・また、検査結果通知までは同居者以外の他者と接触せず、自宅で経過観察することを約束いたします。

令和 3 年 月 日

本人署名

(事務使用欄)

氏名：

コロナ 抗原 (- +)

インフル抗原 (- A B)

迅速算定あり

血算 CRP

PCR 提出

PCR 結果 (陽性・検出せず)

PCR 結果通知

・日時 月 日 :

・不通時刻

HERSYS 登録

LINE 登録

診察後の症状聞き取り

カルテ記載