

「げんき健康堂薬局遠賀店 新型コロナウイルス感染症抗原定性検査」 検査申込書

受 検 日	令和 5 年 月 日	生年月日	西暦 年 月 日
ふ り が な		性 別	
氏 名			
住 所			
連 絡 先 （ 電 話 番 号 ）			
連絡先（e-mail アドレス）	記載の必要はありません		

1. 検査目的（該当箇所に✓を記入してください）

① 発熱など風邪の症状がありますか？

☐ いいえ

☐ はい

・症状がある方は医療機関を受診もしくは
検査キット（1,800 円税込）を購入しご自分で検査してください。

有料検査（3,000 円税込）の対象です。

同意事項（次の事項を確認後✓を記入してください）

仮に検査結果が陽性であった場合には医療機関を受診又は「発症日を0日目（無症状の場合は検体採取日を0日目）として5日間」、ただし、「5日目に症状が続いていた場合は、症状が軽快して24時間程度が経過するまでの間」は、外出を控えます。 また、10日間が経過するまでは、不織布マスクの着用や高齢者等ハイリスク者と接触を控える等、周りの方へうつさないよう配慮します。

すべての項目を記入後、本人確認書類等とともに提出してください。

担当者確認欄

本人確認（該当箇所に✓を記入）

☐健康保険証 ☐運転免許証 ☐マイナンバーカード ☐その他（ ）

事業者名（店舗名）（ げんき健康堂薬局遠賀店 ） 担当者（ 高倉 利信 ）