

問診票

(記入日： 年 月 日)

※匿名の場合はトクメイ キボウ		ID :
フリガナ		
お名前 :		
生年月日: 年 月 日		
検査結果の受け取り方について○をつけてください (窓口でのお渡し ・ 郵送でのお渡し)		
※郵送を希望しない場合は記入不要です		
〒		
住所 :		
TEL (携帯電話) :		
1. 診察を希望する ・ 検査のみを希望する		※診察代 ¥3300 (税込)
2. ご希望の検査にを☑お願いします。 ※当院は簡易検査ではありませんので結果は即日出ません		
<input type="checkbox"/>	STD 1. クラミジア (尿検査・PCR法) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥5,500 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD 2. クラミジア (喉検査・PCR法) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥5,500 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD 3. 淋菌 (尿検査・PCR法) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥5,500 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD 4. 淋菌 (喉検査・PCR法) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥5,500 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD 5. クラミジア・淋菌セット (尿検査・PCR法) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥7,700 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD 6. クラミジア・淋菌セット (喉検査・PCR法) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥7,700 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD 7. カンジタ (尿検査) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥5,500 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD 8. マイコプラズマ・ウレアプラズマセット (尿検査・PCR法) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥8,800 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD 9. マイコプラズマ・ウレアプラズマセット (喉検査・PCR法) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥8,800 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD10. 梅毒 (採血) ※感染の機会から1ヶ月以上 検査結果1週間後	¥5,500 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD11. ヘルペス (採血) ※感染の機会から1ヶ月以上 検査結果2週間後	¥5,500 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD12. 梅毒・HIV・ヘルペスセット (採血) ※感染の機会から1ヶ月以上 検査結果2週間後	¥8,800 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD13. マイコプラズマ・ウレアプラズマセット (尿検査・PCR法) クラミジア・淋菌 (尿検査・PCR法) ・カンジタ (尿検査) ※感染の機会から24時間後 検査結果1週間後	¥22,000 (税込)
<input type="checkbox"/>	STD14. マイコプラズマ・ウレアプラズマセット (尿検査・PCR法) クラミジア・淋菌 (尿検査・PCR法) カンジタ (尿検査) 梅毒・HIV・ヘルペスセット (採血) ※感染の機会から1ヶ月以上 検査結果2週間後	¥30,800 (税込)

患者様とその家族様、関係者様が暴力行為、脅迫、暴言行為、セクハラ発言行為や無断キャンセルに至った場合は当院の指示(web予約使用の不可、受診の拒否、診断書作成の拒否等)に従う事に同意できますか？

貴院指示に同意します (署名)