新型コロナウイルス感染症・インフルエンザ
同時検出検査申込書

受診年月日	令和　　年　　月　　日	ID番号	※東京病院に受診歴のある方のみ
フリガナ		性 別	生　年　月　日
氏　名		男・女	明・大・昭 平・令　　年　　月　　日
住　所	〒　　－		
	電話番号（　　）　　－		
かかりつけもしくは近隣の保険薬局			
確認事項 （以下の点につき、お答えください）			
症状	無　・　有　（　　）		
身の回りのコロナ感染者	無　・　有　（　　）		
身の回りのインフルエンザ感染者	無　・　有　（　　）		
簡易キットによるコロナ検査	無　・　有　（ 陽性 ・ 陰性 ）		
簡易キットによるインフルエンザ検査	無　・　有　（ 陽性 ・ 陰性 ）		