

ウイルス検査実施者一覧表
(年 月実施分)

医療機関名 _____

番号	検査日	検査受検者名	住所(市町村)※	検査方法 (☑)		金額
				①	②	
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
7				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
8				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
9				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
11				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
12				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
13				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
14				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
15				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
合 計						円

※様式第1号に記載してある里帰り先の市町村を記入

検査受検者	名	うち陽性	名	うち陰性	名
-------	---	------	---	------	---

(検査方法の区分)

	区 分	金 額
①	PCR検査 (LAMP法含む) 契約医療機関等以外の施設へ検体を輸送し検査を実施した場合を含む	20,000円
②	抗原定量検査	13,320円