

令和2年〇月〇日

検査結果報告書

〒150-0043

東京都渋谷区道玄坂2-23-12 フォンテイスビル5F

医療法人社団 雄秀会

渋谷文化村通りレディスクリニック

電話 03 (5428) 6118番

医師氏名

印

患者氏名		性別	
患者住所 電話番号			
生年月日		年齢	
		職業	
(検査名)	新型コロナウイルスPCR検査 (SARS-CoV-2 核酸同定 (唾液) リアルタイムPCR)		
(検査方法)	唾液		
(検査日)	2020年〇月〇日		
(検査結果)	陰性 or 陽性		
(備考)			