

## COVID-19に PCR関する検査

## 同意書

## 《 説明 》

- PCR検査では、新型コロナウイルスに感染しているかを調べます。
- 検査は、細い綿棒で鼻や喉の奥を拭う方法で行います。
- PCR検査は、感度(感染している人が陽性と判断される確率)や特異度(感染していない人が陰性と判定される確率)に限界のある検査です。
- 検査から結果報告・証明書の発行までの時間をご確認ください。
- この検査で結果が陽性になった場合、感染症法により感染者として保健所の指示に従うことをご同意ください。

※ 確認後  にチェック(☑)を入れて下さい

## 《 同意書 》

私は、新型コロナウイルス感染症PCR検査について、説明を受け、十分に理解しました。  
よって、自らの判断で本PCR検査を受けることを希望します。  
尚、検査の結果が陽性になった場合は、感染症法により、感染者として保健所の指示に従うことについても同意します。

年 月 日

検査希望者氏名(自署)

代諾者(保護者/親族等) 氏名(自署)

続柄

住所

## COVID-19に関する PCR検査

## 受診票

|                        |      |          |   |  |
|------------------------|------|----------|---|--|
| 名前                     | フリガナ |          |   |  |
|                        |      |          |   |  |
| 住所                     | フリガナ |          |   |  |
|                        | 〒    |          |   |  |
| 電話番号<br>(日中連絡が取れる電話番号) |      |          |   |  |
| 性別                     | 男性   | 女性       |   |  |
| 生年月日 (西暦)              | 年    | 月        | 日 |  |
| 年齢 (証明日の時点)            | 歳    |          |   |  |
| 支払い方法                  | 現金   | クレジットカード |   |  |
| 検体採取場所                 | 自家用車 | 当院車両     |   |  |
| 検査予約日 (西暦)             | 年    | 月        | 日 |  |

PCR陽性の場合は上記電話番号に連絡をします。連絡がつかない場合は会社担当者の方に連絡をします。併せて居住地の自治体の保健所に連絡をします。

※ 来院日に以下のいずれかに該当する方はPCR検査対象外となりますので、キャンセルの連絡をお願いいたします。

- ① 新型コロナウイルス(COVID-19)感染者と確定した方、あるいは疑いのある方と2週間以内に濃厚接触した可能性がある
- ② 新型コロナウイルス(COVID-19)感染を危惧する症状(発熱・せき・息切れ・寒気・のどの痛み・鼻水・倦怠感・頭痛・筋肉痛・下痢・嘔吐・味覚嗅覚異常・など)がある