医療法人　柳雪会　江崎外科内科

　COVID-19に関する検査

同意書

自らの判断で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。

また、下記の内容を確認し、全ての項目について同意致します。

（同意頂けましたら、年月日、氏名をご記入ください。パソコンによるご入力でも構いません。）

年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名  （ご家族など複数名の場合は代表者） |  |

・PCR検査では、新型コロナウィルスに感染しているかを調べます。

・検査は、細い綿棒で鼻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。**