

新型コロナウイルス検査説明同意書

【検査の概要】

本検査は現在、新型コロナウイルスに感染しているかどうかを確認する検査で、唾液または鼻腔咽頭ぬぐい液で行います。本検査は、無症状の方を対象としているため、保険診療の適応外となります。(検査の結果、陽性の場合でも保険診療へ切り替えできません)

【検査結果について】

- 検査結果は原則、手渡しとなります。郵送希望の方はお申し出ください。
- 病院所定様式以外の結果証明書の発行はできません。
- 外国語の結果証明書は別途費用がかかります。必要な場合は事前にお申し出ください。
- 外国語の結果証明書は英語のみとなります。
- 陽性の場合、感染症法に則り保健所へ氏名、住所、生年月日、電話番号などを報告いたします。その後の行動は保健所の指示に従ってください。また、あらためて当院医師の診察を受けていただく場合もありますので、ご了承願います。
- 当院発行の結果証明書が利用用途により、受理されない場合があります。(返金不可)

上記の説明を理解し、検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

ご 署 名 : _____

住所 (結果送付先) : _____

連絡先電話番号 : (自宅) _____ (携帯) _____

問診票

- 3日以内に 37.5℃以上もしくは風邪症状、味覚障害などがあった はい いいえ
- 新型コロナウイルス感染症と診断された方と接触した (濃厚接触) はい いいえ
- 新型コロナウイルス感染症クラスター発生施設等への出入りをした はい いいえ
- 2週間以内に海外渡航から帰国した。 はい いいえ
- 保健所から自宅待機の指示または待機期間中である はい いいえ

(はいの場合 : 月 日から)

(係員記載欄)

検査実施日	受検者 ID	受検者氏名	確認者サイン
R . .	—		