

新型コロナウイルス感染症自費 PCR 検査申込書

年 月 日

私は、下記留意事項を了承の上、検査を希望し申し込みます。

1. 本人情報			
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名 (検査を受ける方)		生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 (歳)
(自署もしくは下記の保護者又は代諾者にて記名してください)			
職業		(勤務先・ 学校等)	
住所			
電話番号 (自宅)		電話番号 (携帯)	
保護者もしくは 代諾者氏名		続柄	
2. 検査の目的(該当するものにチェックしてください)			
<input type="checkbox"/> 旅行や帰国など海外渡航の際、新型コロナウイルス PCR 検査の陰性証明が必要なため			
<input type="checkbox"/> 出社や仕事などで国内移動の際、新型コロナウイルス PCR 検査の陰性証明が必要なため			
<input type="checkbox"/> 企業や団体で新型コロナウイルス PCR 検査の陰性証明が必要なため			
<input type="checkbox"/> 施設などの入所前に新型コロナウイルス PCR 検査の陰性証明が必要なため			
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスの感染が心配なため			
<input type="checkbox"/> その他(具体的に記載して下さい。) ()			
3. 陰性証明書の発行(発行が不要な場合はチェックしてください)			
<input type="checkbox"/> 陰性証明書の発行は不要です			

【留意事項】

- 検査結果は検体採取時点の数値によるもので、将来に亘って有効なものではありません。
今後、発熱等の症状が生じた場合には、まずはかかりつけ医等の地域で身近な医療機関に電話相談
又は、保健所(受診・相談センター)にご相談ください。
- この PCR 検査は、鼻咽頭ぬぐい液採取による方式で行います。
- この検査(PCR 検査)の性格上、実際には感染しているのに結果が陰性になること(偽陰性)や
感染していないにもかかわらず結果が陽性になることがあります。
- 検査に要する費用は全額自己負担(健康保険の対象外)です。検査申し込みの際に当該料金をお支
払い下さい。
- 検査結果は検査日の翌日に判明します。証明書をお渡ししますので、翌日 12 時以降に総合受付でお
受け取り下さい。
なお、検査結果の電話等でのお問い合わせや郵送には応じられませんのでご了承下さい。
- 検査結果が陽性の場合、当院より保健所に速やかに報告いたします。その結果、症状の有無
にかかわらず、入院や宿泊療養、自宅療養となる可能性があります。
- 検査を受ける方(被検者)が未成年の場合は保護者が署名し、被検者との続柄をご記入ください。
- 被検者が判断できない場合は代諾者が署名し、被検者との続柄をご記入ください。