

新型コロナウイルス感染症に関する自費PCR検査 説明同意書

《 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、唾液を採取する方法を行います。
- PCR検査は、感度（感染している人が陽性と判定される確率）や特異度（感染していない人が陰性と判定される確率）に限界がある検査です。
- この検査で結果が陽性となった場合、感染症法により無症状でも入院勧告や措置、就業制限があるため、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。

《 同意書 》

私は、上記の説明書を読み、内容を理解しました。

新型コロナウイルス感染症に関する自費PCR検査について、自らの判断で本PCR検査を受けることを希望します。尚、検査の結果が陽性となった場合は、感染症法に基づき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。

同意年月日:西暦 年 月 日

本人署名:

代理人署名: _____ (本人との関係: _____)

代理人住所: _____

- (注)
- 1、署名欄は本人が自署してください。
 - 2、本人が署名できないときは代理人が署名してください。
 - 3、代理人は親権者、扶養義務者、配偶者、親、子、兄弟姉妹などにあたる成人です。
 - 4、この文書は三原市医師会病院で保管します。

新型コロナウイルス感染症に関する自費PCR検査 依頼書

検査依頼日：西暦_____年____月____日

ふりがな			
氏名			
生年月日	西暦	年	月 日 (歳)
性別	(男性 ・女性)		
住所	〒		
学校・企業・団体名			
学校・企業・団体住所			
連絡先	TEL :	—	—
検査希望日	西暦	年	月 日 曜日 時
来院方法(原則 車)	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他()		
※ 自家用車の場合	メーカー・車種		
	色		
	ナンバー		
備考			

- (注) 1、新型コロナウイルス感染症に関する自費PCR検査は原則自費での受診となります。
 2、検査希望日は申込日から2日以降の日をお選びください。
 3、土日祝日は検査を行いません。
 4、この文書は三原市医師会病院で保管します。

新型コロナウイルス感染症に関する自費PCR

チェックリスト 兼 問診票

記入日：西暦 年 月 日

氏名		現在の体温	℃
----	--	-------	---

<p><u>検査当日の問診</u></p> <p>過去 2 週間に下記症状があればチェック</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 悪寒<input type="checkbox"/> 発熱<input type="checkbox"/> 倦怠感<input type="checkbox"/> 筋肉痛<input type="checkbox"/> 頭痛<input type="checkbox"/> せき<input type="checkbox"/> 咽頭痛<input type="checkbox"/> 鼻汁<input type="checkbox"/> 下痢<input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常 <p><input type="checkbox"/> 上記すべてありません</p>	<p><u>チェックリスト</u></p> <p>ご提出いただく書類</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 依頼書<input type="checkbox"/> 説明・同意書<input type="checkbox"/> チェックリスト 兼 問診票（本用紙）<input type="checkbox"/> 保険証・運転免許証など本人確認用 <p>証明書の受け取り方法</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 窓口受け取り<input type="checkbox"/> 郵送
備考	