

新型コロナウイルスPCR検査 申込書 兼 同意書

私は、下記の内容について誓約した上、自己責任のもと、検査を申し込みます。

申込日時	令和 年 月 日	検体採取日時	令和 年 月 日
申込体温	℃	検体採取時体温	℃
フリガナ			
氏 名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日（ 歳） 男・女		
住 所	〒		
報告書送付先	〒		
	※上記住所外に郵送を希望する場合のみご記入ください		
電話番号	(日中連絡が取れる番号)		

■新型コロナウイルスPCR検査（SARS-CoV-2PCR法）の自費検査について

- この検査は唾液採取による「新型コロナウイルスPCR検査」です。
- 検査結果は検査時点での感染状況に関するものであって、陰性であっても感染早期のためウイルスが検知されない可能性やその後の感染の可能性があり、感染予防に努める注意が必要です。
- 検査結果について
検査結果は「検出限界以下」もしくは「陽性」と表示されます。
- 「検出限界以下」：陰性
稀にウイルス量が少ない場合やウイルスに変異が起こると、検出できない場合があります。
- 「陽性」結果は臨床症状等から総合的に判断してください。
- 検査結果は検体到着後、2日～3日で、郵送にてご報告いたします。

同 意 書

■以下の各項に同意頂いた場合は口内に \square チェックを記入下さい。

- ◆体温が37.5℃以上や咳などの症状がある場合は本検査を受けることはできません。

検査結果が「検出限界以下（陰性）」になった場合

- ◆100%感染していないことを証明できるものではないことを理解し、結果通知後もマスク着用、三密を控えるなど感染防止を継続すること。
- ◆結果通知後に感染を疑われる症状が出た場合は速やかに身近な医療機関に相談すること。

以上の内容をよく理解した上、自費PCR検査を申し込みます。

**検査結果が陽性の場合各県の医療政策課へ連絡し、最寄りの保健所をご紹介します。
保健所への連絡は、ご本人様にてお願い致します。**