

同意書

新型コロナウイルス PCR 検査について

当院では無症状で感染の疑いがない方への新型コロナウイルス PCR 検査は、航空機の搭乗や高齢者施設への訪問など感染対策上必要性が高い場合にのみ実施しています。以下の説明をお読みいただき、ご理解いただいた項目にチェックをつけてご署名の上、検査当日お持ちください。

新型コロナウイルス PCR 検査を希望する理由を選択してください。

- 海外渡航のため：航空機の便名（ ） 出発日時 月 日（ ）：
- 高齢者施設への訪問など：具体的にご記載ください _____
電話での予約時と日時が異なる場合は実施できないことがあります。検査は実施後のキャンセルはできませんので検査日時が的確であるかは提出先にご自身でご確認下さい。

以下の条件を満たしていることをご確認ください

- 過去 2 週間以内に発熱者など新型コロナウイルスに感染した疑いがある人と接触がない
- 過去 1 カ月以内に発熱・咳・咽頭痛などの症状がない
- 過去 2 週間以内に流行地への渡航歴がない。

以下の項目をお読みいただきご理解の上チェックでご確認下さい。なお流行の状況で今後変更の可能性があります、次回検査を受けられる際は事前にホームページで再度ご確認ください

- 検査費用は、検査料 14,000 円と証明書料 2,000 円の合計 16,000 円です。(現金のみ)
- パスポートと航空券（または施設からの依頼内容を示す文章）をお持ちください。
- 結果報告は通常検査実施翌日の午後ですが、検体条件により稀に 2 日後の昼となります。
- 検査のエラーを防ぐために検査前 30 分間の飲食は控える必要があります。
- 検査が陰性でも偽陰性の可能性が残るため症状があれば搭乗・訪問は控えて下さい。
- 万一検査結果が陽性の場合無症状でも感染と判断され保健所への届け出が必要です。
- 精密検査のため個室で検体採取します。お手洗いは済ませて同伴者なしでご来院下さい
- 来院後、この用紙と本人確認書類をご提出後直ちに個室の検査室に移動になります。
- 待合室でお待ちいただくことはできませんので、時間に正確においで下さい。

以上の検査に関する説明を理解しご同意いただけましたら以下にご署名ください。

お名前 _____

検査日 20__年 月 日