

新型コロナウイルス(COVID-19)自費検査 同意書兼申込書

以下の項目について確認し、チェックしてください。

- どの検査を希望されますか？
 PCR検査もしくは抗原検査(定性) →2へ 抗体検査(SARS-Cov2抗体S IgGもしくはSARS-CoV-2抗体N) →11へ
- PCR検査、抗原検査(定性)ともに精度に限界があります。また検査結果は、検査時点での状況に関するものであり、それ以降の状況を保証するものではありません。
- PCR検査・抗原検査(定性)の目的を選択してください。 海外渡航 →4へ その他 →8へ
- 渡航先の国によって、検査から入国までの間の時間制限、検体採取方法や検査方法などの指定がある場合があります。事前に大使館等に確認のうえ、自己の責任において検査の種類や日程を選択してください。診断書の様式や記載内容も国によって指定がある場合があります。指定様式が必要な場合は検査日にご提出ください。また陰性証明書は入国を保証するものではありません。入国時や入国後の対応は渡航国の方針に従うこととなります。
- お名前をローマ字(パスポートと同様の表記)で記入してください。例：山田 太郎 → YAMADA TARO
()
- パスポート番号を記入してください。注意：氏名、生年月日、パスポート番号は診断書に記入いたしますので、相違があると無効になる可能性があります。
()
- PCR検査・抗原検査(定性)の結果が「陽性」の場合、出国できない可能性があります。
- どの検査を希望されますか？
 PCR検査(スワブ：鼻咽頭ぬぐい液) 費用：20,900円(税込) PCR検査(唾液) 費用：20,900円(税込) 抗原検査(定性)
- 結果が陽性の場合、報告が義務づけられているため、個人情報(氏名・年齢・住所・連絡先等)を保健所へ開示いたします。管轄の保健所から連絡があるので、その指示に従ってください。
- 陰性証明書(診断書)の発行を希望されますか？ →12へ
 希望する [日本語 費用：2,200円(税込) 英語 費用：3,300円(税込)] 希望しない
- 抗体検査を希望の方のみご回答ください。
 COVID-19の抗体検査は、現時点では「過去に感染したか」「免疫がついているか」の判断をおこなうものと位置づけされています。検査の目的を選択してください。
 ワクチンの効果判定(どれだけ抗体がついたか知りたい場合) 抗スパイクタンパク(S)抗体(IgG)定量検査 費用：8,800円(税込)
 過去にCOVID-19に罹患した可能性を調べたい場合 SARS-CoV-2抗体N抗体(IgM・IgG) 費用：8,800円(税込)
- 検査結果・診断書の受け取り方法について
 窓口での受け取りを希望 郵送での受け取りを希望 電話での結果説明のみ

検査結果・診断書受け取りの際、内容を十分にご確認ください。渡航先の所定様式でなかった、記載項目が不足していた等によって生じたトラブル・損害に関し、当院は一切責任を負いません。

医療法人 黒川診療所 院長 殿

私は、上記の内容を理解したうえで検査を受けることに同意します。

年 月 日 署名： _____

ふりがな	生 年 月 日		
氏名	昭和・平成・令和	年	月 日
	性別	男	女
ふりがな			
〒			
住所	建物名：	部屋番号等：	
電話番号			
勤務・通学先名			
住所	建物名：	部屋番号等：	
電話番号			
(本人が未成年の場合)保護者氏名：	続柄：	電話番号：	
住所			