

新型コロナウイルス(COVID-19)感染症の検査説明書・同意書

説明

1. COVID-19の遺伝子検査(PCR法・NEAR法)及び抗原検査は、新型コロナウイルスに感染しているかを調べるものです。医師の判断により新型コロナウイルス(COVID-19)の感染が疑われる場合、保険診療の対象となります。
2. 検査は細い綿棒で鼻や喉の奥を拭う方法または、ご自分で唾液を採取する方法で行います。
3. 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)には限界があります。そのため、偽陰性及び偽陽性の結果が出る可能性があり、再検査が必要になる場合もあります。
4. 検査結果が陽性であった場合、報告が義務づけられているため、氏名・年齢・住所・連絡先等の情報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。

同意書

黒川診療所 院長 殿

私は新型コロナウイルス(COVID-19)感染症の検査を受けるにあたり、上記の事項について十分な説明を受け、内容を十分理解いたしましたので、自らの意思で本検査を受けることに同意します。また、検査結果が陽性の場合、感染症法に則り保健所の指示に従うことにも同意します。

同意日：令和 年 月 日

フリガナ：_____

氏名：_____ (自署) 生年月日：昭和・平成・令和 年 月 日

〒 _____

現住所：_____ 建物名：_____ 号室 _____

携帯電話番号：_____ 電話番号：_____

注意：陽性であった場合、保健所からの連絡はSMSでおこなわれますので必ず携帯電話番号の記載をお願いします。

勤務・通学先名：_____ 電話番号：_____

住所：_____ 建物名：_____

(本人が未成年の場合)保護者氏名：_____ (続柄) _____

連絡先：_____ 携帯電話番号：_____