

# 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. 65歳以上または妊娠中の方の検査結果が陽性であった場合および医師が必要と判断した場合には保健所への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：\_\_\_\_\_