新型コロナウイルスPCR検査　同意書

①	10日間以内に37.5度以上、もしくは平熱より１度以上高い発熱はありません。	□　はい	□　いいえ
②	10日間以内に普段と違った体調不良はありません。 (咳・鼻水・倦怠感・味覚障害等)	□　はい	□　いいえ
③	10日間以内に新型コロナウイルス感染者と診断されてません。 また、濃厚接触者にも該当していません。	□　はい	□　いいえ
④	PCR検査の精度は100%ではなく、「陰性」の判定後の再検査で「陽性」になる可能性もあります。あくまでも検査実施時点のウイルス遺伝子の有無が確認できるものです。この検査の内容について理解しました。	□　はい	□　いいえ
⑤	鼻咽頭ぬぐい液による検査の場合には、検体採取に伴う鼻出血および鼻痛等の症状がまれにみられます。この検査について理解しました。	□　はい	□　いいえ
⑥	検査結果が「陽性」の場合には、法律に基づき保健所への報告が義務付けられています。当センターより保健所へ報告がされることを承諾します。	□　はい	□　いいえ

※①～③の回答について、検査直前までに変わりのあった場合は必ずお申し出ください。

私は、上記問診の回答に偽りなくかつ検査内容について理解し、この検査を受けることに同意します。なお、結果が「陽性」の場合には保健所の指示に従う事に承諾します。

令和　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ
氏名(自署)

※受検者が高校生以下の場合
ﾌﾘｶﾞﾅ
保護者氏名(自署)

生年月日
(和暦)　　(　　)歳

性　別　　男　　女

住所(結果送付先)　　〒

結果通知方法

郵送　　来所

連絡先電話番号

電話連絡希望　　あり　　なし

佐伯市医師会　健診センター