

新型コロナウイルス検査(自費検査)同意書

以下の全ての項目について確認後、☑をお願いいたします。

- 本検査は、保険適用外（自費検査）となります。
- 検査の結果が陽性となった場合、ご本人にお知らせするとともに感染症法に基づき保健所に届出を行います。
その際には検査を受けられた方の個人情報等を報告させていただきます。その後は保健所の指示に従っていただく必要があります。
- 新型コロナウイルス検査の核酸検出法には、リアルタイム RT-PCR 法・LAMP 法・NEAR 法などがあります。当院ではアボット社製の「ID NOW」を用いた遺伝子増幅検査（NEAR 法）を行います。証明書には NEAR 法と記載されますのでご注意ください。
- この検査は、唾液を用いた検査であり、鼻咽頭ぬぐい液・鼻腔ぬぐい液による検査ではありません。
- この検査は 100%の精度ではありません。陰性であっても、偽陰性の可能性があるため新型コロナウイルスへの感染を完全に否定することはできません。
- この検査は現時点での感染の有無を調べるものであるため、検査日以後の感染の有無を証明するものではありません。
- 検査証明書は当院独自の書式で発行いたします。海外渡航の際に必要な検査や書類等は渡航される国により異なります。必ずご自身でご確認をお願いします。もし渡航に支障が生じた場合においても、当院では一切責任を負いかねます。

※外務省 海外安全ホームページ：

https://www.anzen.mofa.go.jp/covid19/pdfhistory_world.html

名張市立病院 院長 殿

私は、名張市立病院で新型コロナウイルス検査(自費検査)を受けるにあたり、上記の留意事項を確認し、同意の上、検査を申し込みます。

令和 年 月 日

署名（本人）_____

署名（代理人）_____（続柄：_____）

* 未成年の場合は、保護者の署名もお願いします

団体申込用