

新型コロナウイルス感染症検査問診・説明同意書（抗原定量検査）

<問診票>

以下の質問に「はい」または「いいえ」にチェックを入れてお答えください。

体温は検査当日に自宅にて測定し、記入してください。

		本日の体温	. °C
1	2週間以内に37.0°C以上、もしくは平熱を超える発熱があった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	2週間以内に普段と違った体調不良があった (咳・鼻汁・倦怠感・味覚嗅覚障害など)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	2週間以内に既に新型コロナウイルス感染と診断されている人と接触した	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※上記項目に一つでも「はい」に該当する場合は、本日の検査はおうけできません。

<説明・同意書>

【はじめに】

本検査は唾液からウイルスを検出する検査です。検査結果は検査時の状態を反映するものであり、結果に関わらず引き続き感染予防対策を行う必要があります。また、抗原定量検査には限界があり、陰性でも100%感染を否定するものではありません。

【検査方法】

唾液を容器に一定量採取し、当院検査部の機器にて抗原定量検査を実施します。

※検査1時間前から、飲食・うがい・歯磨き・ガムを噛むことはお控えください。

※検査結果によっては、再度検体採取をお願いする場合があります。

【費用】

自費診療 11,000円（税込、結果報告書含む）

※検査を行った後は、いかなる理由があっても検査料金の返金はいたしかねます。

※検査結果が陽性であっても、検査費用は保険適用にはなりません。

【結果について】

検査当日の16時以降、会計窓口にてお支払いの際、領収書と併せて検査報告書をお渡しします。なお、抗原定量検査では、陰性証明書は発行できません。ご了承ください。

万が一、検査の結果が陽性になった場合は、保健所への報告し、その後の対応を連絡させていただきます。

上記、説明を読み理解しましたので、検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

氏 名 _____

代理者氏名 _____

続柄 _____

住 所 〒 _____

電話番号 _____

※自署が出来ない方は、代理者が署名し、代理者氏名と続柄を記入してください。