

新型コロナウイルス PCR 検査の説明文書・同意書

この検査は、唾液から新型コロナウイルスを検出する検査です。検査結果は、検査実施時の状態を反映するものであり、陰性の場合でも、引き続き感染防止対策を行う必要があります。

また、PCR 検査には限界があり、必ずしも、陽性・陰性を保証する検査ではありません。

1. 検査方法

- ・唾液を容器に一定量採取します。
- ・採取後はナイロン袋に入れて、所定場所の BOX にいれて下さい。
- ・検査 1 時間前から飲食（ガムや飴も含む）歯磨き、うがいはしないようお願い致します。
- ・検査結果によっては、再度唾液採取をお願いする場合があります。

2. 費用

- ・自費 20,000 円（税込み）
- ・陰性証明書の必要な方は、更に文書代 1 通につき 2,000 円（税込み）
- ・検査後は、いかなる理由があっても検査料金の返金はいたしません。
- ・検査結果が陽性であっても、保険適用にはなりません。

3. 結果について

- ・陰性の場合：結果報告書を郵送します。
- ・陽性の場合：電話にて報告します。
- ・お急ぎの場合は、事前に申しつけいただき、翌日以降に病院窓口にて手渡し可能です。
- ・電話での結果の問い合わせは行っておりません。

4. PCR 検査について

- ・検査の性質上、判定困難な場合（疑陰性・疑陽性）がまれにあります。
その場合は、再度検査が必要です。再度検査を御希望の場合は 3,000 円（税込み）で検査可能です。
- ・PCR 検査には限界があり、必ずしも、陽性・陰性を保証するものではありません。その時点は陰性でも、100%感染を否定するものではありません。

5. 陽性の時

- ・陽性の場合、鳥取市保健所に、氏名連絡先など情報提供します。
- ・その際は、鳥取市保健所の指示に従って下さい。

6. 急遽の場合

- ・感染拡大など当院の検査件数がひっ迫した場合には、検査をお断りする場合があります。

7. 問診事項

- ・裏面質問事項の該当する箇所にチェックしてください。症状がある方、濃厚接触者の方は、この検査は受けることが出来ません。

*上記の説明を読み、理解しましたので、検査を受けることに同意します。

なお、説明文書・同意書の写しを受け取りました。

同意年月日： 令和 年 月 日

同意者： _____ 代諾者： _____（続柄： ）

住所： _____ 電話番号： _____

(裏面)

質問事項

現在の体温		度	分	
下記の症状がある方はチェックしてください。				
<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> くしゃみ	<input type="checkbox"/> 頭痛	
<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻汁	<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/> 倦怠感	
<input type="checkbox"/> 関節・筋肉痛	<input type="checkbox"/> 嘔気	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 下痢	
<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 味覚異常	<input type="checkbox"/> 臭覚異常		
<input type="checkbox"/> 上記症状なし				
感染者等との接触歴について、下記の該当箇所にチェックしてください。				
<input type="checkbox"/> 陽性者との接触あり				
(いつ	どこで)		
<input type="checkbox"/> 濃厚接触者との接触あり				
(いつ	どこで)		
<input type="checkbox"/> 接触なし				
県外移動歴等について、下記の該当箇所にチェックしてください。				
<input type="checkbox"/> 県外移動あり				
(いつ	どこに)		
<input type="checkbox"/> 県外移動なし				
<input type="checkbox"/> 県外者との接触あり				
(いつ	どこからの)		
<input type="checkbox"/> 県外者との接触なし				
検査結果報告書または陰性証明書の受取方法で希望する箇所へチェックしてください。				
<input type="checkbox"/> 郵送				
<input type="checkbox"/> 翌日以降に病院窓口で受取				

・症状がある方や濃厚接触者はこの検査はできません。かかりつけ医または、受診相談センターに御相談ください。(0120-567-492)