

新型コロナウイルスPCR検査（自費）申込書兼同意書

検査希望者 氏名	フリガナ	生年月日 T・S・H・R 年 月 日 年齢（ 歳） 性別（男・女）
住所	〒	
検査結果送付先 (住所と異なる場合)	〒	
日中に連絡が取れる 電話番号		

【検査について】

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、PCR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、リアルタイムPT-PCR法にて検査を実施します。

※検査の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 22,000円（税込）

※お釣りの無いよう当日お支払い下さい。

※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】

検査の翌日15時以降にご本人に電話で連絡いたします。検査の2日後検査報告書を郵送いたします。

※検査報告書は検査分析機関より発行されたものになります。

この検査で陽性になった場合は、感染症法により保健所への届出が義務付けられておりますので、改めて健康状態等をお尋ねする連絡を差し上げたり、再度受診をして頂き、届出書を作成します。その後の対応は保健所の指示に従うことに同意ください。

周南市立新南陽市民病院 殿

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

検査希望者氏名（自署）

（検査希望者ご本人が未成年の場合または自署ができない方）

保護者または代諾者氏名

続柄（ ）