

## 新型コロナウイルス感染症検査説明・同意書

### ◆新型コロナウイルス感染症検査について

新型コロナウイルス感染症検査は 100%の精度ではなく、陽性でも陰性とする（偽陰性）、陰性でも陽性とする（偽陽性）の可能性があります。あくまでも検査当日のウイルス遺伝子の有無が確認できるものです。

上記のことを理解した上で、検査を申し込むことをご了承ください。

### ◆料金は 15,000 円（税込）

※検査結果証明書込

※海外渡航のための COVID-19 検査陰性証明書（英語）については、別途 10,000 円（税込）がかかります。

### ◆結果証明書は翌営業日に出ます。

（ご希望の方には当日、電話にてお知らせいたします。17時～18時にお電話いたしますので、電話にお出になるようお願いいたします。折返しの電話はお受けできません。）

### ◆陽性の場合、保健所への報告が義務付けられていますので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きます。また、採取した検体を行政機関に提出することがあります。

### ◆検査結果についてはご本人以外の方にお知らせすることはありません。

### ◆得られたデータについては、個人を匿名化した状態で、疫学データとして行政への情報提供に利用する場合があります。

### ◆「スワブ（鼻咽頭ぬぐい液）による検査」または「海外渡航のための COVID-19 検査陰性証明書（英語）」が必要な方は必ず事前にご相談ください。

※スワブによる検査が必要な方は、唾液採取が難しい方（1～2歳の小さなお子様など）、渡航国がスワブ検査を指定している場合（ベトナム、ミャンマー、カンボジア、UAE など）

※本検査はあくまでも無症状の方（自覚症状のない方）を対象とした検査です。

症状のある方に関しては福岡記念病院を受診しての新型コロナウイルス感染症検査となり保険診療の対象となります。

---

社会医療法人 大成会 福岡記念病院 院長 殿

私は、\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日に実施予定の上記検査を受けるにあたり、その内容の説明を受けて理解しましたので、検査の実施に同意します。

同意年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

氏名（自署）\_\_\_\_\_

ご家族または代理人の氏名（自署）\_\_\_\_\_

（続柄）\_\_\_\_\_