

【新型コロナウイルスPCR自費検査申込書兼同意書】
 (COVID-19 PCR test application and consent form)

検体NO.
患者ID

【申込書】(Application)

申し込み日(Application date)	/年 /月 /日		
ふりがな	ローマ字(Roman letters)		
氏名 (NAME)			
生年月日 (Date of Birth)	/年 /月 /日	(満 歳)	性別(Sex)
電話番号 (phone number) (日中に連絡がつく番号)			男(male) ・ 女(female)
住所(Address)	〒		
勤務先(Work Place)			
勤務先の住所 (Address of Work Place)			

証明書込みの検査費用 ※証明書は1週間以内にご自宅に郵送させていただきます。

住所が加西市で、65歳以上又は65歳未満で下記の基礎疾患により臓器の機能が低下しているおそれがある方
 ……5,000円(税込み)

基礎疾患を下記より選択してください。
 (慢性閉そく性肺疾患 腎臓疾患 心臓病 血管疾患 糖尿病 高血圧症 その他())

住所が加西市の方……15,000円(税込み)

勤務地が加西市の方……15,000円(税込み)
 ※勤務先が加西市の方は別紙PCR自費検査受診依頼書を添付してください。

住所も勤務地も加西市外の方……30,000円(税込み)

【検査回数】 今回、加西病院での自費PCR検査は今年度何回目ですか。

- 1回目 2回目以降

【受診目的】 ①渡航のため(渡航先) ②渡航以外の理由で業務上必要なため
 ③帰国審査上必要なため ④その他()

※渡航先で使用される場合は、その国の指定に従ってください。
 (指定された医療機関のものしか認められない国があります。)

【自覚症状】
 現在右記の症状が (ある ない) がある場合 → (37.5分以上の発熱 味覚・嗅覚障害
 息苦しさや強いだるさ 比較的軽いかぜ症状)

【濃厚接触者との接触】
 2週間以内にコロナ陽性と診断された方の濃厚接触者と接触が (ある ない)

【同意書】(Concent form)

・PCR検査は完全ではないため、結果が陰性であっても新型コロナウイルス感染症を完全に否定することはできません。
 感染から日数がたつておらずウイルス量が少ない場合や、検体採取が不十分な場合などで陽性が出ない事があります。
 (Due to the nature of the test, there is a certain probability that you will test positive but not actually be infected (false positive) or test negative but actually be infected (false negative).)

・証明書には「新型コロナウイルス感染症ではないと診断する」といった記載ではなく、PCR検査結果を記載します。
 (The certificate means only the PCR test's result, not "Diagnose that you are not the COVID-19" at all.)

・いかなる場合でもPCR検査を受けた後の代金の返金はできません。
 (No refunds will be given even if you request cancellation of the test after the sample has been collected.
 We would appreciate your understanding on this matter.)

私は、上記内容を理解した上でPCR検査を受けることに同意します。
 (I agree to apply for- the PCR test after understanding the above.)

/年 /月 /日 (current date) 同意署名 (Signature)

(事務側記入欄)

保険証等の 証明書返却サイン		会計済	
結果最終確認	確認者	郵送/手渡し	発送者・郵送者
	日付		日付
備考	検体種類 <input type="checkbox"/> 唾液 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭	<input type="checkbox"/> 手渡し(期日)	<input type="checkbox"/> 郵送