

新型コロナウイルス核酸増幅法検査(自費)同意書

私は、医療法人大医会 日進おりど病院で新型コロナウイルス核酸増幅法検査を受けるにあたり、
下記の注意事項について確認しましたので同意いたします。

(核酸増幅法検査:PCR法をはじめとしたLAMP法、NEAR法等を含む遺伝子検査を指します。)

※ 以下のすべての項目について確認後、をお願いいたします。

- 本検査は無症状・自覚症状のない方を対象とした検査です。
検査当日を含め直近2週間、発熱・のどの痛み・頭痛・鼻水・咳・呼吸困難感・倦怠感・関節痛・筋肉痛・
味覚障害・嗅覚障害などの新型コロナウイルス感染症を疑う症状のあった方はこの検査を受けることが
できません。
また新型コロナウイルス陽性者の濃厚接触者のうたがいがある方もこの検査は受けることができません。
- 核酸増幅法検査は100%の精度を保証するものではありません。
検査の性質上、偽陰性(実際には感染しているのに結果が陰性になること)や、偽陽性(感染していない
のに、結果が陽性になること)の可能性があります。
- 検査結果は検査時点での感染状況に関するものであって、陰性であっても、感染早期のためウイルスが
検知されない可能性や、検査後にウイルスに感染する可能性があります。
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ものではないことをご承知ください。
検査結果にかかわらず感染予防に努めることが必要です。
- この検査で結果が陽性になった場合、ご本人にお知らせするとともに感染症法に基づき愛知県瀬戸保健
所に届け出を行います。その際には氏名連絡先等の個人情報を開示いたします。
自宅等で待機し、その後は保健所から連絡がありますので、以降は保健所の指示に従ってください。
- 検査証明書は当院独自の書式で発行可能ですが、すべての入国審査に対応しているものではありません。
そのため入国拒否となった場合の責任や損害賠償義務等を当院では一切負いません。
海外渡航に使用される場合は、ご予約前に提出書類として対応しているかをご自身で確認をお願い
します。

検査実施同意書

※ 上記の説明を読み、理解したうえで検査を受けることに同意します。

同意年月日 西暦 年 月 日

氏名 _____

住所 _____