

新型コロナウイルス自費検査 同意書

公立学校共済組合東海中央病院長殿

私は、「新型コロナウイルスPCR検査」を行うにあたり、下記の項目に同意いたします。

記

以下全ての項目について確認後、をお願いいたします。

- 検査当日を含め直近二週間、発熱・風邪症状がある場合は検査をお断りさせていただきます。
 - PCR 検査は唾液による検査とさせていただきます、唾液を溜めて出せる方であれば誰でもお受けに なれます。唾液による PCR 検査方法でも鼻咽頭ぬぐい液による検査同様に一致率が高い事が 確認され厚生労働省によって認められております。
 - PCR 検査は 100%の精度ではなく、陽性でも陰性反応となる人、陰性でも陽性反応となる可能性も あると言われております。あくまでも検査当日の唾液中のウイルス遺伝子の有無が確認できるもの であり、検査時に検出され（陽性）でも数日後に検出されず（陰性）となる場合もあります。 また、検査時には検出されず（陰性）でも数日後に検出され（陽性）となる場合もあります。
 - 検査費用は保険適用外の為、25,000 円（税込）となります。
検査結果が陰性の場合、証明書の発行が可能（2,200 円（税込））です。
なお費用は、診察・検査代など含め、いかなる理由があっても返金は出来ません。
 - 陽性の場合、保健所への報告が義務付けられておりますので報告させていただきます。
その際は 自宅待機のうえ、保健所の指示に従っていただきます。
 - 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。
- ※ 自費での PCR 検査は無症状の方（自覚症状のない方）、新型コロナウイルス陽性者の濃厚接触者 の疑いが無い方を対象としております。症状のある方及び、濃厚接触者の疑いのある方に関して は保健所にご連絡ください。

同意年月日： 年 月 日

署名 本人氏名

（又は親権者）

（注）本人が未成年の場合は、親権者が署名若しくは記名押印をお願いいたします。

（自筆署名の場合は押印を省略できます）