**新型コロナウィルス抗原定量検査申込書**

令和　　　　　年　　　　月　　　　日

医院名

**私は、別紙の留意事項を了承の上、検査を希望し申し込みます。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1．本人情報** | | | |
| ふりがな |  | 性　別 | □男　　　□女 |
| **氏　名（自署）** |  | 生年月日・年齢 | T･S･H･R　　　　年　　　月　　　日（　　　　　）歳 |
| 職　業 |  | (勤務先・学校等) |  |
| 住　所 |  | | |
| 電話番号（自宅） |  | 電話番号（携帯） |  |
| **2．本人以外の連絡先** | | | |
| ふりがな |  |  |  |
| 氏　名 |  | 続　柄 |  |
| 住　所 |  | | |
| 電話番号（自宅） |  | 電話番号（携帯） |  |
| **3．検査の目的（該当する者にチェックしてください）** | | | |
| □　旅行や帰国など海外渡航の際、新型コロナウィルス検査の陰性証明が必要なため  □　出社、仕事や受験などで国内の移動の際、新型コロナウィルス検査の陰性証明が必要なため  □　企業や団体で新型コロナウィルス検査の陰性証明が必要なため  □　施設などへの入所前に新型コロナウィルス検査の陰性証明が必要なため  □　新型コロナウィルスの感染が心配なため  □　その他（具体的に記載してください）  　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **検体採取日時** | **令和　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　　　　　　　時　　　　　　分** | | |

新型コロナウィルス抗原定量検査を受けられる方へ

(症状がなく、陰性確認が目的の方)

下記の留意事項を承認の上、検査申込書に記載して下さい。

【留意事項】

1．本検査は新型コロナウィルス感染症の高感度抗原定量検査です。検体採取による感染リスクを軽減するため、唾液を検体として用いて行います。

2．この抗原定量検査は、PCR検査結果と高い一致率が確認されていますが、PCR検査と同様に、実際には感染しているのに結果が陰性になること（偽陰性）や、感染していないのに結果が陽性になること（偽陽性）があります。

3．検査に要する費用は全額自己負担で　　　　　　　　　　　円です。検体採取後に料金をお支払ください。

4．検査結果が分かり次第（約2〜3時間）、記載された電話番号または携帯番号に連絡致します。証明書が必要な方はご請求ください。（有料）

5．検査結果が陽性の場合、当院より保健所へ速やかに報告致します。その場合は症状の有無に関わらず自宅待機、入院や宿泊療養など保健所の指示に従って行動して下さい。

6．検査結果が判定保留となった場合は、偽陰性の可能性があります。行政検査にてPCR検査を行いますので保健所の指示に従ってください。

令和　　　　年　　　月　　　日

医院名

新型コロナウィルス抗原定量検査結果証明書

患者氏名 　　　　　　　　　　　　　　様

生年月日 T・S・H・R　　年　　月　　日

検査日 令和　　　　年　　　月　　　日

新型コロナウィルス抗原定量検査を施行し、陰性であったことに相違ありません。

令和　　　　年　　　月　　　日

（医療機関住所）

（医療機関名）

（医　師　名）