

新型コロナウイルス PCR 検査(自費)説明書兼同意書

私は、なかむら内科ハートクリニックで新型コロナウイルス PCR 検査を受けるにあたり、下記の注意事項について確認し、同意いたします。

以下すべ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。
- 検査費用は保険適用外の為、1回 10,000 円(税込)となります。(お支払いは現金のみになります)
- 検体提出日の当日に 2ml 程度の唾液をご自身で容器に採取していただきます。来院 30 分前は飲食、歯磨き、うがい、ガムをかむ、アメをなめる事はしないで下さい。
- 陰性の場合は結果を郵送させていただきます。陽性の場合、感染症法に従って直ちに保健所に報告を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。
- 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いわれています。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)ても数日後に検出されない(陰性)場合もあります。

また、検査時には検出されなかった(陰性)としても、数日後に検出される(陽性)場合もあります。
- 検査結果後に生じる一切の責任を当院は負いません。

(フリガナ)			
氏名			
生年月日	S・H	年	月 日
住所	〒		
TEL	(日中連絡が可能な番号をご記入ください)		

同意年月日： 令和 年 月 日