

PCR 検査を受けられる方へ

PCR 検査の説明と同意書

紹介元医療機関名：
説明年月日： 年 月 日
説明医師名： 印
患者氏名： 様

PCR 検査は新型コロナウイルス感染症を診断するための有効な手段となります。
安全で正確な検査実施のため、PCR 検査についての説明と同意をいただいております。

■PCR 検査を受ける場合の注意点

- ・患者様は疑似症（診断した医師の総合判断により、症状や所見から当該疾患が疑われる症状）扱いとして保健所の管理下に置かれます。
- ・新型コロナウイルス PCR 検査は指定感染症の疑い患者様として検査を行いますので、患者様及び同居されている方がいる場合は、結果が出るまで全員が自宅待機となります。
- ・陽性の場合は保健所から直接連絡があります。

《PCR 検査同意事項》

上記、PCR 検査を受けるにあたり、記載されている各事項について書面および口頭で説明を受け、その内容を十分に理解しました。

その上で、自由な意思に基づきこの PCR 検査を受けること、また保健所への本情報提出について

（ 同意します ・ 同意しません ）

署名年月日 年 月 日

同意者（本人）氏名 _____

緊急連絡先電話番号 _____

メールアドレス _____

家族連絡先 _____（続柄： ）

PCR 検査場へ来られる際に患者様と特定するため、自動車、バイク、自転車でお越しの場合は下記情報をご記入ください。

車種： _____ 車色： _____ ナンバー： _____

その他特徴： _____