

唾液によるPCR検査結果用問診票及び同意書(FAX用)

カナ _____

氏名 _____ 生年月日 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

年齢 _____ 才 性別 _____ 男・女

本人自宅住所

本人の携帯電話番号

住み込み先の住所

住み込み先の電話番号

問診票

2週間以内に

はい か いいえに○をしてください。

- | | | |
|-----------------------------|----|-----|
| 1. 37.5度以上もしくは平熱を超える発熱があった。 | はい | いいえ |
| 2. 新型コロナウイルス感染者と接触した。 | はい | いいえ |
| 3. 普段と違った体調不良があった。 | はい | いいえ |

同意書

- 本検査は現在、新型コロナウイルス感染症にかかっているかを確認する検査であることを理解している
- 本検査は、現在無症状である方を対象にしているため、保険適応外であり、結果が陽性であった場合も保険診療への切り替えはできないことを理解している。
- 本検査で陽性の結果が出た場合に、当院が湯浅保健所にその後の対応を電話協力を依頼することを理解している。
- 本検査を実施後は、結果が出るまでは極力外出を控え、自宅安静に協力する。
- 検査終了後に、体調不良があった場合は当院に連絡をする。

以上のことを理解し、同意します。

令和2年 _____ 月 _____ 日

ご署名
