

新型コロナウイルス PCR 自費検査 同意書兼申込書

以下のすべての項目について確認し、チェック☑をしてください

	本検査は無症状でPCR検査を希望される方のため、保険適応外（自費）となります。		
	検査の結果陽性であった場合でも、保険診療への切り替えは出来ません。		
	検査当日を含め直近2週間、発熱や風邪症状がある場合は検査をお断りします。		
	当院でのPCR検査は、鼻咽頭ぬぐい液を検体として採取したものを使用します。		
	PCR検査は完全ではないため、結果が陰性であっても新型コロナウイルス感染症を完全に否定する事が出来ません。 感染から数日しかたっておらず、ウイルス量が少ない場合や検体内のウイルス量が少ない場合などで偽陰性となる場合があります。また偽陽性となる場合もあります。 検査結果は検査時点の感染状況に関するものであり、検査以降の状況を保証するものではありません。引き続き感染予防に努める必要があります。		
	検査結果は、電話連絡の上、結果表の郵送での対応となります。 結果判明日に投函するため、お手元に届くまでに数日要します。 証明書が必要な場合は、別途料金がかかります。		
	本検査を実施後、検査が結果が出るまでは不要不急の外出を控えてください。		
	陽性の場合、保健所への報告が義務付けられているため、ご本人及び保健所にすみやかに報告します。 当院は、新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ機関では無い為、その後の対応は、自宅待機の上保健所の指示に従ってください。		
	検査費用 31,000円（税込） 証明書（希望者） 3,300円（税込）		
医療法人社団大日会 小金井太陽病院 殿			
私は自費PCR検査を受けるにあたり、上記の内容を理解したうえで検査を受けることに同意します。			
年	月	日	同意署名

記入欄

フリガナ		生年月日	
氏名		昭和・平成・令和	年 月 日
		性別	男 女
住所	(〒 -)		
電話番号 (連絡が確実な連絡先)	- -		
証明書は必要ですか	必要	・	不要

