

PCR 検査問診票

ID : _____

検温結果 : _____ °C

受診者氏名 : _____ 生年月日 : _____ 年 月 日

住所 : 〒 _____ 電話 : _____

既往歴 : _____ アレルギー有無 : _____

SpO₂: _____ %

該当するすべてにチェック して下さい

・現在の症状

- 37.5°Cを超える発熱
- 倦怠感
- 筋肉痛
- 悪寒
- 咳
- 呼吸苦
- 息切れ
- 味覚障害
- 嗅覚障害

・暴露歴（過去 2 週間以内）

- COVID19 陽性患者との濃厚接触歴
- COVID19 疑い患者との濃厚接触歴
- 海外渡航歴

・ワクチン接種

- 有 (1 回目 2 回目 3 回目) 無

・喫煙歴

- 有 無

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (検査当日の日付をご記入下さい)

署名 _____
(未成年の場合は保護者署名)

新型コロナウイルス遺伝子（PCR）検査に関する説明・同意書

発行日：令和 年 月 日

検査目的：

新型コロナウイルス遺伝子検査（PCR法）は、現時点での感染の有無を検査します。

検査概要：

鼻咽頭（鼻の奥）からの拭い液を用いて、ウイルスの遺伝子を増幅させて感染を判定する検査です。検査は real time PCR 法を用います。

注意事項：

- ・今日の新型コロナウイルス遺伝子検査は、鼻咽頭の拭い液を用いた検査です。結果は1日程度かかります。
- ・この検査の感度（正しく陽性とする割合）70%、特異度（正しく陰性とする割合）99%とされています。すなわち、検査の特性上100%正しい結果とは限りません。
- ・この検査は「現時点での感染」を調べるものであるため、この先の非感染を証明するものにはなりません。
- ・検査結果が陽性となった場合は、当院から保健所への受検者の氏名、住所、電話番号等を報告致します。その後は保健所の指示に従っていただきます。（この場合陰性証明書は発行できません。）

個人情報の取り扱いについて：

当検査の結果により、受検者の人権が侵害されたり、職業や保険などにおいて社会的不利益を被ったりすることがないように、個人情報の保護を徹底致します。

同意書の撤回について：

検査実施前であれば同意を撤回することができます。同意を撤回することで不利益を被ることはありません。

医療法人 SKY 理事長 殿

*私は上記の新型コロナウイルス遺伝子（PCR）検査について理解したので、同検査の実施に

同意します 同意しません（※いずれかに して下さい）

日時 年 月 日 午前・午後 時 分

氏名 _____ 自筆署名または記名捺印

代筆者または未成年の場合は保護者署名

_____（続柄 _____）自筆または記名捺印

代筆者が署名した場合は、受検者本人が署名できなかった理由を記載して下さい。