

松本歯科大学病院

新型コロナウイルス自主検査問診票兼同意書（記入用）

記入日

年

月

日

住所（〒 ）

フリガナ

氏名

様

性別（男・女）

生年月日

年

月

日（ ）

歳

電話番号

—

—

（ご本人様と必ず連絡が取れる電話番号をお願いいたします）

PCR検査は現在感染しているかを調べる検査となります。（注意事項参照）
今回行う検査は、唾液による新型コロナウイルスPCR検査となります。
症状によっては検査をお断りすることがあります！

症状歴

過去14日間以内に自身に以下の症状がありますか？

なし	あり	症 状
☐	☐	①発熱（37.3℃以上）
☐	☐	②強いだるさ（原因不明のもの）
☐	☐	③咳
☐	☐	④のどの痛み
☐	☐	⑤味がわかりづらい
☐	☐	⑥においがわかりづらい
☐	☐	⑦呼吸が苦しい
☐	☐	⑧下痢

<今回の検査についての注意事項>

新型コロナウイルス感染症の症状が疑われる方は、保険診療の適応を受けることが可能です。

現在、新型コロナウイルスPCR検査はゴールドスタンダードとして実施されていますが、その検査であっても感度70%（感染している人がきちんと陽性とする確率）であります。また、検査結果は検査したその時点の結果でしかありませんので、引き続き感染防止策の継続をお願いいたします。

新型コロナウイルス感染症は、症状が無くても感染を認めることがあります。またウイルスが実際にはいない場合でもPCR検査結果が陽性となることがあります。

なお「陽性」と判定された場合は、医師の指示のもと、最寄りの保健所へ当院から陽性患者の発生届を提出いたしますので、以後は保健所の指示に従って行動していただくことをご了承ください。

同意書

◇上記の問診内容に間違いがなく、また上記注意事項を確認いただき理解した上で
新型コロナウイルスPCR検査を受けることに同意いたします。

◇検査結果並びに検査結果に関わる個人情報について、

（事業所名） 担当者と共有することに同意いたします。

年 月 日

本人署名

保護者署名