

## 新型コロナウイルス PCR 検査に関わる同意書/誓約書

私は、愛宕商事株式会社 にいがたPCR検査センター（以下当センター）で、新型コロナウイルス検査を受けるにあたり、下記の事項について確認し、同意いたします。

以下全ての項目について確認後、をお願いいたします。

- 私は、無症状であり、発熱・風邪症状はありません。陽性後の療養期間ないし濃厚接触者の待機期間は経過しています。
- 私は、以下の各事項について、その内容を理解しました。
  - ・PCR検査は唾液による検査とさせていただき、唾液を溜めて出せる方であれば誰でもお受けになれます。唾液によるPCR検査方法でも鼻咽頭ぬぐい液による検査同様に一致率が高い事が確認され厚生労働省によって認められております。
  - ・PCR検査は100%の精度ではなく、陽性でも陰性反応となる人、陰性でも陽性反応となる可能性もあると言われております。あくまでも検査当日の唾液中のウイルス遺伝子の有無が確認できるものであり、検査時に検出され（陽性）でも数日後に検出されず（陰性）となる場合もあります。
- 私は、結果が陽性になり**症状がある場合には**、医療機関もしくは「新潟県新型コロナ受診・相談センター」に連絡します。
- 私は、結果が陽性になり**症状がない場合には**、**医療機関の指示のもと**、「重症化リスクの低い方」を対象とする「新潟県 陽性者登録・フォローアップセンター」に自分自身で登録します。
- 私は、当センターに対し国、地方行政機関及び保健所等の関連施設などの公的機関より要請があった場合、同公的機関に対し、PCR検査結果を含む氏名、住所等の私の個人情報を開示することに同意いたします。

### 【検査を受けられる方】

(フリガナ)			
氏名(自署)			
生年月日	西暦	年	月 日
			男・女

### 【陽性と結果判定された際の受診医療機関】(いずれかに必ずをお願い致します)

- 尾崎クリニック(新潟市中央区水島町/当センターの提携医療機関)
- 中条中央病院(新潟県胎内市/当センターの提携医療機関)
- 古町ルフル消化器内科クリニック(新潟市中央区古町/当センターの提携医療機関)
- かかりつけの医療機関(名称: \_\_\_\_\_)

同意年月日: 西暦 年 月 日

氏 名: \_\_\_\_\_

(本人が未成年の場合) 保護者氏名: \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

担当者 記入欄	運転免許証	保険証	マイナンバー カード	学生証	在留カード	パスポート	その他:
------------	-------	-----	---------------	-----	-------	-------	------