

# 新型コロナウイルス(COVID-19) 核酸増幅検査TRC法自費検査 申込書

申込日 年 月 日

患者様に安心して当院をご利用いただくため、患者様の個人情報の取り扱いについて、院内掲示板「個人情報の取扱いについて」にてご案内しております。本申込用紙に記入されたことにより、当院の個人情報の取り扱いに同意されたこととさせていただきますので、内容をお読みいただき同意された上で申込されますようお願い致します。

阪南中央病院 院長

以下の項目について確認しチェックをしてください。

- 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。
- 検査結果については、検査時の状態を反映するものであり、将来に亘って有効なものではありません
- 完全なウイルス検査は存在しないため、実際には感染しているのに結果が陰性になること(偽陰性)や感染していないにもかかわらず結果が陽性になること(偽陽性)があります。
- 陽性の場合、保健所への報告が義務づけられているため、ご本人及び保健所に速やかに報告します
- 本検査を実施後、検査結果が出るまでは不要不急の外出を控えてください。

フリガナ			性別	男・女
氏名				
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日(歳)
ご住所 ※郵送物が届く住所	〒 - -			
自宅電話	( ) -	携帯電話	( ) -	
検査の目的	<input type="checkbox"/> 旅行や帰国など海外渡航の際、新型コロナウイルス検査の検査証明書が必要なため <input type="checkbox"/> 出社や仕事などで国内移動の際、新型コロナウイルス検査の検査証明書が必要なため <input type="checkbox"/> 企業や団体で新型コロナウイルス検査の検査証明書が必要なため <input type="checkbox"/> 施設などの入所前に新型コロナウイルス検査の検査証明書が必要なため <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスの感染が心配なため <input type="checkbox"/> その他(具体的に)( )			

## <検査結果について>

結果の通知方法を下記より選択してください(証明書が必要な場合は医師の診察があります)

項目名	1. 結果通知書	2. 検査証明書(任意様式)	3. 検査証明書(病院様式)
内容	検査結果のみを通知するものです	検査の結果、任意の様式で陰性を証明するものです	検査の結果、病院の様式で陰性を証明するものです
受取日	直接受取	翌日14時以降	指定の日時
	郵送	おおよそ2日後	
料金:検査+結果(税抜)	20,000円+無料	20,000円+3,300円	20,000円+5,500円

いずれかを選択し ○を付けて下さい	直接受取	・	郵送	直接受取	・	郵送	直接受取	・	郵送

## <結果受取署名> ※直接受取する場合のみ

受取者サイン	
--------	--