

東京メディカルクリニック コロナウイルス検査（自費）

実施説明書 ・ 同意書

当院において、コロナウイルス検査を受けるに当たり、以下の説明をお読み下さい。

すべての項目を確認して頂き、✓をお願い致します。

- こちらの説明同意書は、陰性証明書を日本国内にて利用される方向けの内容となります。
- 無症状・自覚症状のない方を対象にした検査です。
- 当日鼻出血のある方は、検体採取が正確に行えないため検査はお引き受けできません。予め、ご了承ください。
- 当院で行っている PCR 検査は、感染疑いの方・濃厚接触者の方・濃厚接触疑いの方・罹患後治癒確認（証明）の方向けの検査ではありません。（目的がこれらに当てはまる方は、ご遠慮願います。）
- イベント事・飲食店・国内旅行・帰省での提示用などの陰性証明書発行のための PCR 検査です。
- 陰性証明書（和文）は当院の書式になります。海外渡航用には対応しておりません。
- 当院の検査結果・証明書を利用し、ご提示先にて不都合が生じた場合でも、当院ではいかなる責任・損害賠償義務も一切を負わないものとさせていただきます。予め、ご了承ください。
- 満 16 歳以上が対象です。
- 「鼻腔・鼻咽頭ぬぐい液」にて、NEAR 法での検査を行います。（専用の綿棒で鼻の奥をぬぐって検体の採取をします。）
- 結果は最短 13 分程度で判明、精度は 従来の PCR 法との比較でほぼ同等です。（陽性一致率 93.3%、陰性一致率 98.4%）
- 原則予約制ですが、院内の混雑状況で多少お待たせする場合がございます。予め、ご了承ください。
- この検査は 100 %の精度ではありません。「陰性」の結果が新型コロナウイルス感染を完全に否定するものではないことをご了承ください。従って、その時点の結果が「陰性」であった場合でも後日症状が出てくる可能性もございます。結果に関わらず引き続き感染予防に努めてください。
- 結果が「**陰性**」の場合、**医師による面談は行いません**のでご了承ください。
- 結果が「**陽性**」の場合、**保健所への報告義務**があります。医師から説明の上、検査結果及び検査を受けられた方の個人情報等を報告させていただきます。陽性の場合には別途ご案内をお渡しします。
- 検査費用は自費 20,000 円（税込）となります。（お支払いは現金のみのお取り扱いとなります。）

検査証明書（陰性証明書）の発行が必要な場合は本実施説明書・同意書にてお申込み下さい。

（どちらかに✓をお願いします）

- 希望 ※陰性証明書が必要な場合には、検査証明書代として別途 3,000 円（税込）が必要となります。
※陰性証明書は当院書式（和文）で発行させていただきます。
- 希望無し

上記説明を読み、理解した上で検査を受けることに同意致します。

同意年月日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒

住所： _____

（ふりがな）

受検者氏名： _____

生年月日： 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

連絡先： _____（ _____ ）（日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。）

（受ける人が未成年の場合）

保護者氏名： _____ 続柄： _____