

新型コロナウイルスPCR検査(自費)説明書兼同意書

私は、Town Clinic Enで新型コロナウイルスPCR検査を受けるにあたり、下記の注意事項について確認し、同意いたします。以下すべての項目について確認後、をお願いいたします。

検査費用は保険適用外のため、1回 27,500円(税込)となります。(キャッシュレス決済可)

検体提出日の当日に唾液をご自身で容器に採取していただきます。

来院30分前は飲食、歯磨き、うがい、ガムをかむ、アメをなめる事はしないで下さい。

結果はお電話にてご連絡いたします。陽性の場合は、感染症法に従って直ちに保健所に報告

をさせていただきます。その際は自宅待機のうえ、保健所の指示に従っていただきます。

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

るといわれています。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)ても数日後に検出されない(陰性)場合もあります。

また、検査時には検出されなかった(陰性)としても、数日後に検出される(陽性)場合もあります。

検査結果後に生じる一切の責任を当院は負いません。

◆検査結果証明書の発行にいて、いずれかに○をしてください。 必要 ・ 不要

※別途料金3,500円(税込)がかかります。

(フリガナ)	
氏名	
生年月日	S ・ H 年 月 日 (男 ・ 女)
住所	〒
TEL	(日中連絡が可能な番号をご記入ください)

同意年月日 : 令和 年 月 日