

新型コロナウイルス唾液 PCR 検査（自費）同意書

私は、岡山済生会総合病院・岡山済生会外来センター病院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ましたので同意いたします。

- 本検査はあくまで、無症状・自覚症状のない方を対象にした検査です。症状のある方は保健所に連絡をお願いします。
- PCR 検査の性質上、感度（感染している人が陽性と判定される確率）や特異度（感染していない人が陰性と判定される確率）に限界があるため、偽陽性及び偽陰性の結果が出る可能性があります。
- PCR 検査の結果が陰性であっても、偽陰性の可能性があるため新型コロナウイルス感染症を完全に否定することはできません。
- 検査費用は保険外費用のため、1回 33,000 円（税込）となります。
※「お急ぎ検査」をご利用の場合は別途 3,300 円（税込）必要です。
※追加で「検査結果陰性証明書」を希望の場合、別途 2,200 円必要です。
- 検査の結果 陽性だった場合、保健所への報告が義務付けられていますので、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。その後は、保健所の指示に従っていただきます。
- この度の検査で得られたデータについては、個人を匿名化した状態で、疫学データとして行政への情報提供に利用する場合があります。

【検査を受けられる方】		
フリガナ		
氏名		
生年月日	西暦 年 月 日	男 ・ 女
住所		

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： _____）