

新型コロナウイルス感染症の確認を目的とする『PCR 検査』に伴う注意事項

新型コロナウイルス感染症の確認する目的で行う『PCR 検査』につきましては、『唾液』による検査方法により判定を行います。

下記の注意事項を厳守のうえ、検体(唾液)を採取して頂き、しっかりと白いキャップを閉めて、付属の“パウチ袋”に入れて下さい。

(※下記の注意事項を守らない状況下で採取した検体(唾液)では、正確な判定ができません)

(事前の準備)

1.検体(唾液)を採取する前の注意事項…検査時の体温が「37.3度以上」の場合は検査が行えません

《採取1時間前から控えること》

食事や水・お茶など飲食や喫煙、歯磨きやのどスプレー・うがい薬 などを使用しないで下さい

《採取する環境の注意》

屋外での採取は行いません。必ず自家用車内など、“ほこり”などが容器内に混入しない環境で採取します。

また、事前に検体を採取せず、必ず病院到着後に専用容器に採取し提出して下さい。

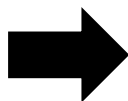
(唾液採取)

1.《事前の準備》に記載されている注意事項を確認

2.容器の蓋を開け、直接唾液を容器内に吐く(唾液の量は『1ml～2ml』程度)



3.採取した後は、蓋を確実に閉め、専用のパウチ袋に入れ提出する



4.検査同意書を忘れずに提出して下さい(同意書がない場合、検査は実施できません)。

5.『検査結果通知書』は、後日ご自宅へ郵送致します。

※当日の午後5時頃には検査結果が確定致します。検査結果は、病院からお電話でご連絡致します

※お電話での検査結果のご照会には応じる事ができませんのでご了承下さい。

※検査費用につきましては、必ず検査当日中に指定口座へお振り込みをお願いします。

振込先:はくさん信用金庫 松任支店 普) 1330 口座名 白山石川医療企業団 企業長 上部 健

振込額:14,850円(消費税込) ※振込手数料は受検者でご負担下さい。

新型コロナウイルス感染症(SARS-CoV-2)に対する『PCR 検査』 同意書

私は、下記に記載された“検査時の注意事項”に同意し、白山石川医療企業団 公立松任石川中央病院での『唾液を用いた新型コロナウイルス感染症に対する PCR 検査』を受けることに同意致します。

検査時の注意事項

- 1.過去 2 週間、風邪症状(発熱・のどの痛み・咳・倦怠感)などがなく、体調が良好であること
- 2.検査結果が「陽性」となった場合、感染者として保健所等へ速やかに病院から連絡を行いますので、以降は感染者として管轄する保健所の指示に従うこと
- 3.PCR 検査は「新型コロナウイルス感染症(SARS-CoV-2)」に対するものであり、**検体採取時点の陰性又は陽性を判断する検査であること (※検体採取以降の感染の有無を保証するものではありません)**に同意できること

以上の内容に同意し、新型コロナウイルス感染症(SARS-CoV-2)」に対する PCR 検査を受検致します。

令和 年 月 日

受検者氏名 _____ (印)

連絡先(携帯電話): _____

(※未成年者の場合保護者氏名: _____)