

## 新型コロナウイルス PCR 検査・抗原定性検査申込書

申込日 令和 年 月 日

※原則、申込者本人が記載してください。

### 1 検査申込者（本人確認）

氏名： \_\_\_\_\_ 住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ メールアドレス： \_\_\_\_\_

性別： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_

### 2 希望する検査（いずれかに☑を記入してください。）

- 1. 抗原定性検査（検査後、20 分程度で検査結果をお渡します）
- 2. PCR検査等（検査後、後日検査結果が通知されます）

### （確認・同意事項）（全てに☑を記入した場合のみが対象となります。）

- 検査当日は発熱や体調不良等の状況ではありません
- 今回の検査が医療行為としての検査ではないことを理解しています
- 仮に検査結果が陽性であった場合には医療機関に受診します
- 上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は岩手県から求めがあった場合には岩手県に提出されることがあること、かつ、陽性であった場合に管内保健所から連絡が入る場合があることについて同意します。