

# 新型コロナウイルス感染症 PCR 検査プール方式（自費）

## 申込書兼同意書

私は、新型コロナウイルス感染症のプール方式による PCR 検査（自費）について、以下の注意事項を確認し、同意の上、検査を申し込みます。

### <注意事項>

1. 検査当日を含め、過去2週間に発熱、咳、咽頭痛、頭痛、息切れ、倦怠感、筋肉痛などの症状がなく、体調に問題はないこと。濃厚接触者に該当していないこと。
2. 本検査は唾液を採取し検査を行うため、採取する1時間前に飲食、飴、ガム、歯磨き粉、のどスプレーなどを使用しないこと。
3. 本検査は唾液を採取した時点の結果ですので、採取以降の感染の有無を証明するものではないこと。
4. 本検査結果による学業・就業開始などの可否を当院で判断できないこと。
5. 本検査は海外渡航（ビジネス、出張、留学など）に必要な証明書を発行するためのものではないこと。
6. 本検査結果が陽性である場合、所轄行政へ報告し、以後行政の指示に従うこと。  
その際、当院から行政側に住所、氏名、生年月日、ご連絡先などの必要な個人情報を伝えることに承諾すること。

---

### PCR 検査プール方式（自費）申込書兼同意書

金沢古府記念病院  
病院長 羽場 勝彦 様

西暦 年 月 日

氏名（署名）

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

住所 〒 -

---

連絡先（携帯）①

連絡先（携帯）②

保護者署名（受診者が未成年の場合）