

新型コロナPCR検査【個人】 海外鼻咽頭PCR

記載日														
希望日 (日・祝・木pm不可)														
来院時刻 (希望あれば記載) 複数可	<input type="checkbox"/>	8:30~	<input type="checkbox"/>	9:30~	<input type="checkbox"/>	10:30~	<input type="checkbox"/>	14:30~	<input type="checkbox"/>	15:30~	<input type="checkbox"/>	16:30~	<input type="checkbox"/>	なし
		9:30		10:30		11:30		15:30		16:30		17:30		
所在地	〒													
	住所													
パスポート番号 (必須)														
診察券ID (わかる場合のみ)														
氏名 (フリガナ)														
氏名 (漢字)														
生年月日/性別	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	H	年	月	日	<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	女			
連絡先 (電話)														
来院方法	<input type="checkbox"/>	徒歩	<input type="checkbox"/>	車	→	車種/色/No	【					】		
検査の目的	<input type="checkbox"/> 海外渡航の入国時のため						<input type="checkbox"/> 就業のため							
	<input type="checkbox"/> 施設入所のため						<input type="checkbox"/> 出張のため							
	<input type="checkbox"/> 職場で陽性者が出たが、濃厚接触ではなく無症状の方※症状有り、濃厚接触は保険診療													
	<input type="checkbox"/> その他⇒ 【													
結果連絡	<input type="checkbox"/>	①電話	<input type="checkbox"/>	②Email	【							】		
結果通知書(必要な方のみ)	<input type="checkbox"/>	①来院	<input type="checkbox"/>	②Email	【							】		
支払方法	<input type="checkbox"/> 窓口払い (現金)						<input type="checkbox"/> 窓口払い (クレジットカード)							
その他														

自費でのPCR検査を希望される方は、以下の内容のご確認☑、ご同意が必要となります。

- 直近二週間、発熱・風邪症状がない、陽性者との濃厚接触の疑いがない方が対象となります。
- 防護を行い鼻咽頭でのPCR検査を実施します。最短30分～翌診療日に結果がでます。
- PCR検査は100%の精度ではなく、陽性でも陰性反応、陰性でも陽性反応となることがあります。
- 検査当日の鼻咽頭ぬぐい液のウイルス遺伝子の有無を確認するものです。
- 検査費用は、保険適用外で1回1名15,000円 (税込) となります。
- 水でしっかり口をゆすぎ到着30分以上前から飲食・タバコ等の喫煙を控えてください。(特別歯磨きはしない)
- 陽性の場合、保健所への報告が義務付けられており、上記記載の内容を含めて報告致します。
- その際は、自宅待機の上保健所の指示に従ってください。
- PCR検査結果証明については、見本の内容をご確認ください。

新型コロナPCR検査を受けるにあたり、上記の注意事項について確認した上、同意致します。

氏名：

(本人が未成年の場合)

保護者

氏名：

続柄：

見本

COVID-19に関する検査証明

Certificate of Testing for COVID-19

交付年月日 Date of issue: November 11, 2021

氏名 /Client Name : 大野 太郎 / OHNO TARO

パスポート番号/Passport No : MU*****

国籍/Nationality : 日本国 / JAPAN

生年月日/Date of Birth : 2000年12月15日 / December 15, 2000

性別 / Sex : 男性 / Male

見本

上記の者の COVID-19 に関する検査を行った結果、その結果は下記のとおりです。
よって、当証明を交付する。

This is to certify the following results which have been confirmed by testing

For COVID-19 conducted with the sample taken from the above-mentioned person

採取検体 鼻咽頭ぬぐい液
Sample : Nasopharyngeal Swab

見本

検査法 核酸増幅検査 PCR 法
Testing for COVID-19 : nucleic acid amplification test (real time RT-PCR)

検体採取日時 2021年11月11日 11:00
Sampling Date and Time : November 11, 2021 11:00

検査結果判定日 : 2021年11月11日
Examination result Date : November 11, 2021

医師名/Physician's

医療機関名/Medical i

住所/Address of the i

医師署名/Signature

見本