

検温:

新型コロナウイルス SARS-CoV-2

PCR 検査(唾液) 問診票兼同意書

- 当検査は唾液を用いた新型コロナウイルスの核酸検出(PCR 法)であることを理解しました。
当検査と従来の鼻咽頭ぬぐい液を用いた PCR 検査との比較について、厚生労働省の資料をご参照ください。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000635988.pdf>
「研究結果: 発症から 9 日以内の症例では、鼻咽頭ぬぐい液と唾液との結果に高い一致率が認められた。」
- 当検査は従来の鼻咽頭ぬぐい液を用いた PCR 検査の補足として、検査結果やそれに基づくアドバイスは自費範囲の医療相談であり、医療行為を含むものではないことを理解しています。
検査結果が陰性の場合のみ、陰性証明書(日本語/英語併記)を発行することができます。
- 検査結果が陰性であっても、新型コロナウイルス感染症に感染しないことを保証するものではないことを理解しています。
- 検査申込者は現在発熱、呼吸器症状等厚生労働省発表の**症状がないこと**を確認しています。
現在症状がある場合、または検査結果が陽性の場合、保健所に連絡した上、
指定医療機関にて詳細検査を受けることを了承します。

当 PCR 検査(唾液)の目的を理解し、検査方法並びに想定される検査結果など、上記項目をすべて理解した上で、当 PCR 検査(唾液)並びに検査結果(陰性証明書)の利用について、自らの責任において行うことに同意します。当検査を受けないという選択が可能であることを理解した上で、自らの意思で検査に申し込みます。

★**注意事項: 検査の精度に影響する可能性があるため、検査前 1 時間以内に、殺菌作用のあるうがい液等を用いたうがい、歯磨き等をお控えいただけるよう、ご注意ください。(水はお飲みいただけます。)**

<検査申込書 (検査を受ける方)>

検査日	西暦	年	月	日
ふりがな				
氏名	性別: 男 ・ 女			
生年月日	西暦	年	月	日 (満 歳)
電話番号				
現住所				
結果通知希望	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> LINE のみ	<input type="checkbox"/> 来院受取	
	<input type="checkbox"/> メール(PDF のみ)E-mail: _____			

- **結果が陽性だった場合は、当院から保健所へ連絡するとともに、必ずご本人にお電話でご連絡を差し上げます。**

※検査申込者が 18 歳未満の場合、法定代理人(親権者など)の承諾が必要となります。

該当する場合には下記も必ずご記入下さい。

<法定代理人(親権者など)の同意>私は検査申込者の法定代理人として本検査の申込同意書記載内容を理解した上、
検査申込者が検査を受けることに同意します。

法定代理人氏名	
申込者との関係	

法人社団 知慎会 JTK クリニック
院長 小笠原 均

【裏面もご記入ください】

問診票

1. 今日どのような症状がありますか？各症状の項目をチェックしてください。

①発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	いつ頃から：()日ぐらい前から
②咳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	いつ頃から：()日ぐらい前から
③のどの痛み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	いつ頃から：()日ぐらい前から
④くしゃみ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	いつ頃から：()日ぐらい前から
⑤呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	いつ頃から：()日ぐらい前から
⑥その他呼吸器症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	いつ頃から：()日ぐらい前から

※上記②の咳(せき)・息苦しきの症状がある方にお伺いします。下記の病気にかかったことがありますか？

新型コロナウイルス 気管支喘息(小児喘息含む) 咳喘息 他()

2. 新型コロナワクチン接種を受けましたか？

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> ファイザー製	<input type="checkbox"/> モデルナ製	<input type="checkbox"/> アストラゼネカ製
		<input type="checkbox"/> その他()		
		接種日一回目： 年 月 日	二回目： 年 月 日	

3. 以前 PCR 検査及び抗体検査を実施したことがありますか？

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	結果報告書	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
		PCR 検査	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 検査日： 月 日
		抗体検査	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> Ig M 陽性 検査値： 検査日： 月 日
				<input type="checkbox"/> Ig G 陽性 検査値： 検査日： 月 日

4. 以前新型コロナウイルスにかかった方は、次の質問をお答えください。

新型コロナの診断日	年 月 日
感染初期はどんな症状がありましたか？	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 味覚がなくなる

5. 半年以内に渡航歴はありますか？

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	いつ頃： 年 月頃
		渡航先国名：

【裏面もご記入ください】