

海外渡航向け新型コロナウイルス遺伝子（PCR）検査に関する説明・同意書

受検者氏名： _____ 様（カルテ ID _____）

検査予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査目的： 新型コロナウイルス遺伝子検査は、現時点での感染の有無を検査します。

検査概要： 鼻咽頭（鼻の奥）からの拭い液を用いて、ウイルスの遺伝子を増幅させて感染を判定する検査です。検査は PCR 法を用います。

注意事項：

- ・新型コロナウイルス遺伝子検査は、鼻咽頭の拭い液を用いた検査です。結果は、2日程度かかります。
- ・この検査の感度（正しく陽性とする割合）70%、特異度（正しく陰性とする割合）99%とされています。すなわち、検査の特性上100%正しい結果とは限りません。
- ・この検査は「現時点での感染」を調べるものであるため、この先の非感染を証明するものにはなりません。
- ・渡航先の陰性証明に関する要件（検査日や検査方法等）は、ご自身でご確認ください。また、本検査による健康証明書は、渡航先の入国を保証するものではありません。
- ・検査結果が陽性の場合、当院から保健所へ受検者の氏名、住所、電話番号等を報告し、その後は保健所の指示に従っていただきます。また、健康証明書も発行できません。

*本検査をお受け頂いた後の検査代金の返金は一切いたしませんので、予めご了承ください。

個人情報の取り扱いについて： 当検査の結果により、受検者の人権が侵害されたり、職業や保険などにおいて社会的不利益を被ったりすることがないように、個人情報の保護を徹底致します。

同意書の撤回について： 同意した後でも、検査実施前であれば同意を撤回することができます。同意を撤回することで不利益を被ることはありません。

発行日： _____ 年 _____ 月 _____ 日・医師： _____ 印

札幌東徳洲会病院 病院長殿

*私は、上記の新型コロナウイルス遺伝子（PCR）検査について理解したので、同検査の実施に
同意します。 同意しません。（※いずれかに☑してください）

日 時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

氏 名 _____ （自筆署名または記名捺印）

（代筆した場合は代筆者氏名（ _____ ））

代理人 _____ （続柄 _____ ） ※自筆または記名捺印

代筆者または代理人が署名した場合は、受験者本人が署名できなかつた理由を記載してください
（ _____ ）