

誓約書 / 同意書

1. 新型コロナウイルス感染症に関する検査で、検査結果が陽性であった場合に受診する医療機関について、以下①～③のいずれかを選び○を付けてください。

(医療機関の名称もできるだけ記載してください。)

① 検査機関の提携医療機関「総合川崎臨港病院」(神奈川県川崎市川崎区中島 3-13-1)

② 検査機関の提携医療機関「キノメディッククリニック高田馬場」(東京都新宿区下落合 1-6-9)

③ かかりつけ医又は指定の医療機関 ※ (名称: _____)

※かかりつけ医又は指定の医療機関を受診する場合、事前に該当の医療機関が対応可能かを確認してください。

私は、検査結果が陽性であった場合には、上記で選択した医療機関を受診することを誓約します。

2021年 月 日

住所: _____

氏名: _____

2. 上記1で ① ② を選択した方のみご記入ください。

検査結果が陽性となった方については、検査結果に基づき医療機関での医師の診断が必要となることから、当検査機関から、上記1で選択された ① ② の提携医療機関に対して、検査結果に関する個人情報を提供します。

私は、当検査機関が提携医療機関に対して、検査結果に関する個人情報を提供することに同意します。

2021年 月 日

氏名: _____

