

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。

_____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。

_____年 月 日

氏名: _____

ご 質 問

1. いままで、新型コロナウイルスに感染したことはありますか。

- ① ない ② ある (年 月頃)

2. 現在の新型コロナウイルスに関連する症状について、ご回答ください。

① 新型コロナウイルス感染症の症状がある	はい . いいえ
② 37°C以上の発熱がある	はい (°C) . いいえ
③ 咳が出る	はい . いいえ
④ 鼻水が出る	はい . いいえ
⑤ のどに痛みがある	はい . いいえ
⑥ 味覚に異常がある	はい . いいえ
⑦ 嗅覚に異常がある	はい . いいえ
⑧ 花粉症である	はい . いいえ
⑨ その他、気になる症状がある (「はい」の方、症状を記載してください)	はい . いいえ

<注意事項> ご一読ください。

1. 検査結果は、**検査日の翌日の 24 時まで**に、メールでお知らせします。
2. 検査結果のメールは予約時のメールアドレスに送付させていただきます。
3. 検査結果メールの発信者は corona-testcenter2@kinoshita-group.co.jp です。
着信拒否設定・ドメイン指定等にご注意ください。
4. 本検査センターの結果については、結果通知メールに注意書きがありますのでお読みください。
5. 本検査センターの検査結果をもって、新型コロナウイルス感染の陽性確定診断とはなりません。
必ず、医療機関において、医師の診断・検査を受診してください。
6. 陽性の検査結果が出た場合、他の方への感染の可能性があります。人との接触は避けてください。
また、**5**の医療機関での受診・検査の際には、公共交通機関の利用を控えてください。