

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。
また検査結果に関する個人情報を電子媒体で保存されることに同意します。

____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。
7. 検査センターが被災した場合、代替の検査センターで検査を実施することがございます