

新型コロナウイルス検査前スクリーニング評価及び同意書

Ver. 2/Feb. 2021

(記入日 年 月 日)

氏名

患者ID

生年月日

年

月

日

受診時体温

℃

【問診票】 以下について「はい」または「いいえ」のいずれかを○で囲んでください。

1 2週間以内に新型コロナウイルス(以下COVID-19)感染症(疑いを含む)の方と適切な予防をせずに接触したことがありますか？

はい ・ いいえ

2 咳、息切れ、発熱、悪寒、筋肉痛、咽頭痛、味覚・嗅覚障害等の症状がありますか？

はい ・ いいえ

ある場合には、いつからどんな症状があるか下記に記載して下さい。

(いつから:

) (症状

)

3 過去2週間以内に、海外への渡航歴がありますか？

はい ・ いいえ

* はいと答えた方 帰国日(年 月 日)

渡航国()

4 COVID-19罹患者又は濃厚接触者として保健所から指示を受けたことがありますか？

はい ・ いいえ

* はいと答えた方 退院日/健康監視解除日 (年 月 日)

※上記の質問で該当項目がある場合には、保険診療での対応となることがあります。

【検査を受けるに当たっての注意事項】

- ・新型コロナウイルス感染症は、症状がなくても感染を認めることがあります。また、非常に稀にウイルスが実際にはいない場合でも、PCR検査の結果が陽性となることもあります。
- ・特に症状を認めない場合でも検査結果が陽性となった場合には、検査内容に応じて、感染症法に基き無症候性病原体保有者としての届け出を行う必要が生じることがあります。
- ・感染者と認められた場合には、法律に基づいた隔離の対応等が取られるため保健所の指示に従って下さい。
- ・PCR検査を受ける場合は、検査で陽性になる可能性も考慮して、検査結果が分かるまでの間、一般的な感染対策を取るようにして、不要不急の外出は避けて下さい。

上記について、説明を受け理解したので、PCR検査実施に同意いたします。

本人署名:

代諾者署名:

続柄()

(説明を受ける方が18歳以下等の場合)

国立国際医療研究センター トラベルクリニック