

新型コロナウイルスPCR検査依頼書

一般財団法人茨城県薬剤師会検査センター
 〒310-0852 茨城県水戸市笠原町978-47
 TEL 029-306-9086 FAX 029-306-9076

依頼書番号

検査センター使用欄

| | | | | | |
|-------|------|------|------|------|------|
| 回収・受付 | 番号記入 | 依頼入力 | 成績発送 | 請求作成 | 請求発送 |
|-------|------|------|------|------|------|

ご依頼者 太枠内へのご記入をお願いいたします

| | | | | | |
|---------------|--|--------------|--|-----|--|
| ふりがな | | | | | |
| 団体名 | | | | | |
| 代表者名 | | | | | |
| 住所 | | | | | |
| 郵便番号 | - | TEL | | FAX | |
| ご担当者 (連絡先) | () | ご希望の 速報方法 | <input type="checkbox"/> FAX ※メールでの速報ご希望の場合は下記にアドレスをご記入ください。 <input type="checkbox"/> メール () @ () | | |
| 備考 | 上記ご依頼者様名と異なる内容で報告書又は請求書が必要な場合はご記入ください。 | | | | |

| | | | |
|------|---|---|---|
| 受付日 | 年 | 月 | 日 |
| 同時発送 | | | |

次のとおり新型コロナウイルスPCR検査を申し込みます

| 検査種別 | 単価:税込 | 申込人数 | 検査希望日 | | 検査希望日については状況によりご希望に添えない場合がございます。検査日程については弊社担当よりご連絡いたします。 |
|-----------|------------------|------|---|------|--|
| | | | 第1希望 | 第2希望 | |
| PCR検査:唾液 | 7,700円 | | | | |
| 個別検査結果通知書 | 税込:1,100円×上記申込人数 | | <input type="checkbox"/> 不要 ※結果一覧でのご報告になります <input type="checkbox"/> 必要 ※一覧と個別でのご報告になります | | |

| | | | | | |
|---------|----|---|----|---|---|
| 検査手数料合計 | 税別 | 円 | 税込 | 円 | <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 後納 |
|---------|----|---|----|---|---|

お申し込み前に以下を必ずお読み下さい

【PCR検査について】

国立感染症研究所「病原体検出マニュアル 2019-nCoV」に公示された方法と同等であると評価された市販試薬キット(リアルタイム RT-PCR法)で、唾液を検体とした検査法となります。行政検査においても有症状者・無症状者問わずに確定診断に用いることが認可されている検査キットです。

【検査方法】

申し込み後にお渡しする採取容器に唾液を採取し、検査依頼書、申し込み一覧及び同意書とともにご提出下さい。

【検査対象者】

以下の条件を満たす必要があります。

- ・発熱等の新型コロナウイルス感染症に該当する症状がなく、ご本人が希望する場合。
- ・団体、事業者様毎でのお申し込みのみ。 ※個人でのお申し込みは受け付けておりません。

【検査結果について】

原則、検査申し込み翌日に、FAXまたはメールにて速報いたします。書面での報告は速報後2~3営業日以内に郵送での発送処理を行います。

【検査の結果が陽性となった場合】

陽性となった方は事前に連絡のうえ、必ず医療機関を受診して下さい。ご希望の方には提携医療機関(水戸市内)をご紹介いたします。なお、受診に際して再検査が必要になる場合があります。また、必要に応じて当検査センターの検査結果を受診する医療機関等に提供する場合がありますので予めご理解願います。

【その他】

- ・当検査センターは検査結果に限り責任を負うものであり、検査結果によって生じるトラブルまたは損害等に関して一切の責任を負いかねます。
- ・検体採取後は冷蔵保管し、輸送はクーラーボックスに入れ、冷却して48時間以内に搬入して下さい。

| | |
|--------------|--|
| 検査センター使用欄 | |
| | |
| 2__-CV-_____ | |

新型コロナウイルスPCR検査申し込み同意書

一般財団法人茨城県薬剤師会検査センター あて

| | | | |
|------------------------------|--------|------|--------------------------------------|
| 記入日 | 年 月 日 | | |
| 所属団体 | | | |
| ふりがな | | | ふりがな |
| 氏名 | | | 保護者氏名 <small>※受検者が成人の場合不要</small> |
| 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生、年齢 歳 |
| 自宅住所 | (〒 -) | | |
| 電話番号 | | | |
| <small>※日中連絡がつく番号を記載</small> | | | |

私は下記について内容を理解し、了承の上、検査を申し込みます。

1. 発熱等の新型コロナウイルス感染症に該当する症状がなく、本人が検査を希望します。
2. 検査の性質上、実際には感染しているのに結果が陰性になること(偽陰性)や、感染していないのに結果が陽性になること(偽陽性)があります。
3. 陽性となった方は事前に連絡のうえ、必ず医療機関を受診して下さい。ご希望の方には提携医療機関(水戸市内)をご紹介します。なお、受診に際して再検査が必要になる場合があります。また、必要に応じて当検査センターの検査結果を受診する医療機関等に提供する場合がありますので予めご理解願います。
4. 同意書に記載された内容は検査の目的以外には使用しません。また、検査結果について、無断で他に提供することはありません。なお、検査結果をもとに、個々を特定できないデータとして、集計に使用させていただくことがあります。

ご本人(保護者)署名:

新型コロナウイルスPCR検査申し込み一覧

団体名 : _____

提出日 : 年 月 日

一般財団法人茨城県薬剤師会検査センター

〒310-0852 茨城県水戸市笠原町978-47

TEL 029-306-9086 FAX 029-306-9076

| No. | 氏名 | 採取日時 |
|-----|----|-------------|
| 1 | | 月 日 AM PM 時 |
| 2 | | 月 日 AM PM 時 |
| 3 | | 月 日 AM PM 時 |
| 4 | | 月 日 AM PM 時 |
| 5 | | 月 日 AM PM 時 |
| 6 | | 月 日 AM PM 時 |
| 7 | | 月 日 AM PM 時 |
| 8 | | 月 日 AM PM 時 |
| 9 | | 月 日 AM PM 時 |
| 10 | | 月 日 AM PM 時 |
| 11 | | 月 日 AM PM 時 |
| 12 | | 月 日 AM PM 時 |
| 13 | | 月 日 AM PM 時 |
| 14 | | 月 日 AM PM 時 |
| 15 | | 月 日 AM PM 時 |
| 16 | | 月 日 AM PM 時 |
| 17 | | 月 日 AM PM 時 |
| 18 | | 月 日 AM PM 時 |
| 19 | | 月 日 AM PM 時 |
| 20 | | 月 日 AM PM 時 |

| No. | 氏名 | 採取日時 |
|-----|----|-------------|
| 21 | | 月 日 AM PM 時 |
| 22 | | 月 日 AM PM 時 |
| 23 | | 月 日 AM PM 時 |
| 24 | | 月 日 AM PM 時 |
| 25 | | 月 日 AM PM 時 |
| 26 | | 月 日 AM PM 時 |
| 27 | | 月 日 AM PM 時 |
| 28 | | 月 日 AM PM 時 |
| 29 | | 月 日 AM PM 時 |
| 30 | | 月 日 AM PM 時 |
| 31 | | 月 日 AM PM 時 |
| 32 | | 月 日 AM PM 時 |
| 33 | | 月 日 AM PM 時 |
| 34 | | 月 日 AM PM 時 |
| 35 | | 月 日 AM PM 時 |
| 36 | | 月 日 AM PM 時 |
| 37 | | 月 日 AM PM 時 |
| 38 | | 月 日 AM PM 時 |
| 39 | | 月 日 AM PM 時 |
| 40 | | 月 日 AM PM 時 |

備考