

# 新型コロナウイルス 検査依頼書

無料検査

※太枠内をもれなくご記入下さい。

新規・継続

検査報告書は依頼書通りに作成いたしますので正確にご記入願います。  
取得した個人情報当該目的のみ使用し、その他の目的には使用いたしません。

受付番号	22 D-
受付年月日	年 月 日

<b>結果報告書 受取方法</b> (□にチェック願います)		<input type="checkbox"/> Web通知 <input type="checkbox"/> 電話連絡のみ ※検査結果は原則当日中に通知します		<input type="checkbox"/> 電話+報告書(窓口受取) <input type="checkbox"/> 電話+報告書(郵送) ※報告書は後日発行となります	
<b>被験者氏名</b>		ふりがな			
<b>住所・連絡先</b> 現在お住まいの住所を記載してください		〒 _____			
		電話 _____			
<b>被験者生年月日</b>		西暦 年 月 日			
<b>勤務先名称</b> 又は学校名					
<b>同意書確認欄</b> (□にチェック願います)		<input type="checkbox"/> 裏面の「誓約書/同意書」を確認・了承しました			
下記の事項について記入又はチェックをお願いします。 質問1. 無料検査利用回数(行政検査を除く) _____ 回(複数回の場合理由をお聞きする場合があります。) 質問2. 検査を受ける目的(✓を記入ください) <input type="checkbox"/> ① 飲食、イベント、旅行・帰省等の経済社会活動を行うため(ワクチン検査パッケージ等) ※原則、抗原定性検査のみ。 <input type="checkbox"/> ② 感染不安があるため <input type="checkbox"/> ③ その他 [質問2]で①を選んだ場合は、以下の事項についてチェックをお願いします。 質問3. ワクチン接種状況について(✓を記入ください) <input type="checkbox"/> 3回目接種が未了である。 <input type="checkbox"/> 3回目接種済である。 質問4. PCR検査利用理由(✓を記入ください) <input type="checkbox"/> 10歳未満である。 <input type="checkbox"/> 高齢者や基礎疾患を有する者等との接触が予定されており、その旨を説明する書類等の提示または申立書の提出を行う。 ☆無料検査事業は「無症状者」を対象としているため、発熱等の症状がある方は医療機関への受診をお願いいたします。 ☆過去3カ月以内に「陽性」が出た方は検査をお控え願います。					
<b>バーコードラベル貼付欄</b> 【ラベルへ氏名の記入をお願いします】		<b>担当者確認欄</b> 本人確認の方法(拠点が県内である確認含む) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他: _____			
		無料検査事業における区分 <input type="checkbox"/> 1 VTP・全員検査等分(質問2で①に✓) イベント等日付 _____ 年 月 日 確認書類の種類 <input type="checkbox"/> 申立書 <input type="checkbox"/> その他( )			
		<input type="checkbox"/> 2 一般分(質問2で②に✓) <input type="checkbox"/> 3 対象外(上記のいずれにも該当しない)			
「質問1」で複数回だった場合の理由: _____					
<b>備考:</b> _____					
採取日時: _____		検査結果: _____			
受付担当者	担当課受領者	証明書発行日及び引渡方法及び部数		受領印	
		報告書(郵送・窓口・持参・担当・Web)		年 月 日 部	
<担当課記載欄>					
試験月日	部門	責任者	試験担当者	証明書作成	発行年月日
始 年 月 日					年 月 日
終 年 月 日					

## 誓約書/同意書

1. 私は、検査結果が「陽性」であった場合には、(一財)沖縄県環境科学センターの提携医師の問診(電話による診療)を受診することを誓約します。
2. 私は、(一財)沖縄県環境科学センターが提携医師に対して、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。
3. 記載項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本検査依頼書は沖縄県から求めがあった場合には沖縄県に提出されることがあることについて同意します。
4. 沖縄県が必要と認め、本事業の適正執行を確保するため、ご記入いただいた氏名・住所・性別・生年月日の情報に基づき、市町村に照会を行ったときは、市町村がワクチン接種歴の有無について回答することがあることに同意します。

注意① ご申告いただいた内容が虚偽であることが判明した場合、検査費用の負担を求めらるほか、沖縄県が必要と認める措置を講じる場合があります。

注意② 次回の検査申込に当たっては、PCR 検査等の結果通知書等の有効期間が3日間とされていることを踏まえ、前回の検査から経過した日数等を考慮の上、申込を行うようお願いいたします。

誓約、同意頂ける方は、表面の「同意書確認欄」にチェックをお願いいたします。

※上記「1.」及び「2.」は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第16条の2第1項の規定に基づく「新型コロナウイルス感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するために、新型コロナウイルス感染症に関する自費検査を提供するものが講ずるべき措置」によるものです。

※上記「3.」及び「4.」は、新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における検査促進交付金に係る実施要領によるものです。

何卒、ご理解・ご協力の程、宜しくお願いいたします。