新型コロナウイルス 検査依頼書

※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。
取得した個人情報は当該目的にのみ使用し、その他の目的には使用いたしません。

受付番号	D－
受付年月日	年　月　日

結果報告書 受取方法 （□にチェック願います）	□電話連絡のみ □電話＋報告書（窓口受取） ※検査結果は14:00受付までは原則当日中に通知します ※報告書は後日発行となります	□E-mail通知 □電話＋報告書（郵送）
被験者氏名	ふりがな	
住所	〒　－	
電話番号		
E-mail アドレス		
被験者生年月日	西　暦　　年　　月　　日	
勤務先名称 又は学校名		
領収書･請求書	宛名	
	住所	〒　－
	電話	

※裏面の「同意書」をご確認のうえ、裏面の署名欄に署名をお願いいたします。

バーコードラベル貼付欄 【ラベルへ氏名の記入をお願いします】	手数料		請　求
	消費税		年　月　日
	合計		領　収
			年　月　日

備考欄

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・担当・メール・不要）　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 終　年　月　日					年　月　日

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、受診する医療機関を選択の上、以下のいずれかに☑をしてください。

チェック欄

☐　Ａ　提携医療機関：さくだ内科クリニック

☐　Ｂ　かかりつけ医又は地元の医療機関（※）

（名称：　　）

署名欄
年　　月　　日 住所：
氏名：

※ Ｂの「かかりつけ医又は地元の医療機関」を受診する場合には、事前に医療機関に連絡し対応可能か確認してください。または地域の受診・相談センターに相談してください。

※ 地域の受診・相談センターは、厚生労働省のホームページ「新型コロナウイルスに関する都道府県の相談窓口等の情報」で確認できます。
沖縄県【 発熱コールセンター 098-866-2129 】

２．　上記でＡ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Ａ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。

署名欄
年　　月　　日 氏名：