

高齢者施設の従事者に対する新型コロナウイルス感染症病原体検査  
同意書

|           |  |
|-----------|--|
| 対象の<br>検査 | 令和3年7月6日から令和4年3月31日までの間に兵庫県が実施する高齢者施設等の従事者に対する新型コロナウイルス感染症病原体検査  |
| 施設名称      |  |
| 説明事項      | <p><input type="checkbox"/> 本検査は、上記施設（以下、「施設」という。）の依頼に基づき、兵庫県が実施する任意検査です。</p> <p><input type="checkbox"/> 検体（唾液または鼻腔）の採取は、施設の指示に従い、受検者本人が行います。</p> <p><input type="checkbox"/> 検査結果は、<u>受検者本人ではなく施設に通知するとともに、県の関係機関（健康福祉事務所（保健所）を含む）で共有します。</u></p> <p><input type="checkbox"/> 検査結果が「陽性」の場合は、<u>速やかに施設の配置医師又は地域の医療機関（発熱等診療・検査医療機関）を受診してください。</u><br/>※任意検査であるため、検査結果により直ちに診断が確定するものではありません。<br/>※国が示す感染症患者の退院基準によると、検査結果が陽性であっても、感染性が極めて低い場合には退院可能とされています。当事例に該当される方は、本検査の必要性を慎重に検討の上、受検の有無を判断してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 検査結果が「陰性」であっても、新型コロナウイルスに感染していないことを保証するものではありません。引き続き、感染予防に努めてください。</p> |

私は、上記の説明事項について理解し、本検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

本人署名（自筆）

生年月日 昭和・平成 年 月 日

住 所

電 話 携 帯