

# 新型コロナウイルス自費検査確認書

新型コロナウイルスのPCR検査実施にあたり、以下の事項をご確認ください。

検査日時： 年 月 日 ( ) 時 分頃

## 【患者情報】

氏 名： (ID：)

生年月日： 年 月 日 性別： 男 ・ 女

住所 〒  
:

電話番号 (確実に、速やかに連絡がとれる番号)  
:

## 【説明内容】

(1) 自費での検査料金は、15,950円(消費税込)です。

(2) 検査結果証明書は、別途1,870円(消費税込)です。

証明書の発行の要否 : 要 ・ 不要

(3) 検査費用、検査結果証明書代は、検査前にお支払いをお願いします。  
また、なるべくおつりのないようにご持参下さい。

(4) 今回の自費でのPCR検査は、発熱や風邪症状のない方を対象としており、医師の診察はありません。  
症状がある場合は、通常の医師による診察が必要となります。

(5) 検査は唾液で行います。唾液の採取は、自車内または検体採取室にて行います。

(6) 結果は電話にて連絡し、後日結果報告書を郵送します。  
証明書を希望の方には、別途郵送します。

(7) 結果の連絡があるまでは、ご自宅でお過ごしください。

(8) 今回の検査結果は、検査実施時における感染の状態です。  
検査結果が陰性であっても、検査実施以後の陰性を保証するものではありません。

(9) 検査結果が陽性であった場合、入院が必要となりますので、指示に従ってください。