新型コロナ検査申込書

1.本人確認

＊合わせて身分証の提示をお願いします。（・運転免許証　・健康保険証　・その他　　）

フリガナ		
氏名		
住所		
生年月日		明治　大正　昭和　平成　令和　　年　　月　　日
連絡先	電話番号	
	メール　アドレス	@
所属先（園、学校、勤務先等）		なし

2.検査結果の報告方法のご希望（・院内待機で　・駐車場で待機　・電話で　・メールで　）

- 電話連絡の場合は文書も郵送致します。
- メールでの結果報告をご希望の場合は、下記を参考にアドレスの正確な記載をお願い致します。注記等あれば助かります。判読不能の場合はお電話でのご報告となります。

- 1（イチ）とl（エル）とi（アイ）とj（ジェー）
- u（ユー）とv（ヴイ）とr（アール）
- 2（ニ）とz（ゼット）と7（七）
- 6（ろく）とb（ビー）
- d（ディー）とa（エー）
- O（オー）と0（ゼロ）
- :（コロン）と;（セミコロン）
- ,（カンマ）と.（ドット）
- ~（チルダ）と～（から）　　など

- お電話が繋がらない場合はご報告が遅れる場合がありますのでご了承ください。

3.最近の行動についてお尋ねします。

. 感染した方と、濃厚接触がありましたか？　□ありません　□ありました　＿＿＿日前

. 感染が多発している地域に行きましたか？　□ありません　□ありました＿＿＿＿＿＿

. 流行地域にいた方との接触がありましたか？　□ありません　□ありました

. 3密が生じる可能性がある場所に行きましたか？　□いいえ　□はい

. 基礎疾患（持病）をお持ちですか？　□いいえ　□はい　下記へ記載下さい

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

. 妊娠の可能性はありますか？　□いいえ　□はい

➡ウラに続く

4.検査回数

過去に利用した、無料検査（行政検査を除く）の回数　　＿＿＿＿回

＊回数・頻度が多い場合には、理由の疎明ををお願いすることがあります。

5.現在無症状ですか

1. □はい
2. □いいえ

6. 検査目的（レを記入してください）

本日の検査目的について、下記より**1つ選択**

1. □イベント・飲食・旅行・帰省等の経済社会活動を行うにあたり、必要であるため（ワクチン・検査・パッケージ等）（次の2.に該当する場合を除く）
2. □感染症に対する不安があるため
3. □その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

7.ワクチンの接種の有無（レを記入してください）

上記6.で「1.」を選んだ方にお尋ねします　ワクチンを2回接種済みですか

1. □はい
2. □いいえ

8.　7で「いいえ」を選んだ場合、その理由（レを記入してください）

1. □12歳未満である
2. □健康上の理由（基礎疾患、副反応の懸念　等）
3. □その他（自己の意思等）

➥他に「確認、同意事項」のご記入用プリントが1枚あります

別紙１　　両面印刷

（確認・同意事項）（すべてに✓を記入した場合のみが対象になります）

□　検査当日は発熱や体調不良等の症状はありません

□　今回の検査が医療行為としての検査でないことを理解しています

□　仮に検査結果が陽性であった場合には医療機関に受診します

□　仮に検査結果が陽性であった場合には管轄の保健福祉事務所に情報提供されることに同意します

□　上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は佐賀県から求めがあった場合には佐賀県に提出されることがあることについて同意します。

また、佐賀県が必要と認め、本事業の適正執行を確保するため、ワクチン接種の有無についてご記入いただいた氏名・住所・生年月日の情報に基づき、市町に照会を行ったときは、市町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。

※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るほか、佐賀県が必要と認める措置を講じる場合があります。また、ワクチン接種の有無については、別途自治体において確認する場合があります 。

※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及び抗原定性検査の結果通知書等の有効期間が１日間とされていること等も踏まえ、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します 。

－－－－－－－－－－－－－－－－－－　**ここまでです**　－－－－－－－－－－－－－－－－－－

担当者確認欄

本人確認の実施	無料検査事業の区分		
	検査促進事業分（令和3年度に限り無料）	一般検査事業分（有料※）※県の検査要請時に限り無料	対象外（有料）
	５で1又は2.を選択	３で2.を選択	左記のいずれにも該当しない
その他（回数疎明を求めた際のその内容等を記入）			

検査結果	陰性　・　陽性　・　判定不能