

検査申込書

無症状の方が対象です。37.5 度以上の発熱がある方は医療機関を受診してください。

- 1 本人確認 現在 37.5 度以上の発熱はなく、体調は良好である (✓を記入ください)
 妊娠中である (✓を記入ください)

フリガナ
氏名 : _____ (満 才) (男・女)

生年月日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
_____ (〒 _____)

住所 : _____

連絡先 : _____ (_____)

メールアドレス : _____
PCR検査等の結果通知に使用する場合がございます。わかりやすくはっきりとご記入ください。

2 検査利用回数 (直近1ヶ月の間に利用した無料検査の回数(本日の検査を含む))

※濃厚接触者として行った検査、症状があつて医療機関で行った検査は除きます。

_____ 回 ※回数、頻度が多い場合は理由を伺うことがございます。

3 検査目的 (本日の検査の目的について下記①~③より1つ選んで✓を記入ください)

- ①. ~~定着促進事業を利用するため(ワクチン・検査パッケージ制度又は対象者全員検査等)~~
②. 感染不安があるため
もしくは、感染に不安がありイベント・飲食・旅行・規制等の社会活動に際し事前に陰性結果通知書が必要であるため。
③. その他 (_____)

4 本日希望する検査の方法 (下記①②より1つ選んで✓を記入ください)

- ①. PCR検査等
②. 抗原定性検査

《確認事項》

- 仮に検査結果が陽性であった場合は、速やかに医療機関を受診もしくは登録窓口(検査確定診断登録窓口)を利用して、医師の診断を受けること。
- 医師の診断なく実施する無料検査はあくまで簡易検査となるため、その結果のみをもって新型コロナウイルス感染症の陽性者として扱われることはないこと。
- 本申込書の記載事項は埼玉県並びに民間検査機関、検査を実施する医療機関等に共有され、検査結果通知の連絡等に使用される可能性があること。
- 申告し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、埼玉県が必要と認める措置を講じる場合があること。

私は、上記の各項目につき、虚偽がないことを証するとともに、確認事項の全てに同意し本日の受検を希望します。

【本日の日付と氏名をご記入ください】

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名