**濃厚接触者のPCR検査について**

こちらの検査は現在無症状の方の為の保険診療となります。

当日は公費での検査の為濃厚接触者にあたる必要があります。医師の判断により濃厚接触者にあたらない場合は自費診療となる可能性がございます。

また、初診料、再診料がかかりますが処方は出来ません。

来院前に必ず、下記の「**濃厚接触者の方の問診票と同意書」**の記載と当日ご持参をお願い致します

**「濃厚接触者の方の問診票」**

1. 現在無症状で発熱はありませんか　　　　　　　　　　はい　　・　　いいえ
2. 罹患された方とのご関係をお書きください　　（　　　　　　　　　　）
3. 罹患された方の診断日をお書きください　　　（　　　　　　　　　　）
4. その方と接触があった日にちをお書きください（　　　　　　　　　　）
5. 濃厚接触者となった経緯を詳細にお書きください
6. ご本人の新型コロナウイルスワクチン接種年月日をお書きください

1回目　　　　　　年　　　月　　　日

2回目　　　　　　年　　　月　　　日

3回目　　　　　　年　　　月　　　日

未接種

1. 保健所からの濃厚認定は済んでいますか　　　　　　　　はい　　・　　いいえ
2. その他

以降、**「同意書」**

下記内容をお読み頂き、同意する場合は　レ　を入れてください

検査が陽性であった場合

□　　当院から保健所への届出を行いますので保健所の指示に従ってください。

その日から自宅療養期間のスタートとなります。

検査が陰性であった場合

□　　感染していない事をその先も保証するものではありません。

□　　その後発熱した際は、再度検査が必要となる場合があります。

□　　現在濃厚接触者となっているため、自宅療養期間が解除されるわけではありません。

以上、本検査についてのことを理解、同意致します。

　　　　　　　年　　　　月　　　　日（本日の日付）

　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　ご署名

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（検査結果をお知らせする連絡先）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　さくら小児科・内科クリニック

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒156-005　東京都世田谷区桜1-67-8　A・Kビル1F

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　0　3　－　6　4　1　3　－　2　2　1　1