

新型コロナウイルス遺伝子検査 説明と同意書

フリガナ								
氏名	ID ()							
生年月日	西暦	年	月	日	性別	男	・	女
住所	〒							
電話番号								

ご希望の項目に印をつけてください

- 検査＋和文証明書発行 19,800 円（税込） ※陽性の場合、検査費用のみ（16,500 円（税込））
 検査＋英文証明書発行 22,000 円（税込） となります。

※英文証明書を希望の場合は『パスポートのコピー』をお預かりさせていただきます。

●検査方法

鼻腔ぬぐい液を用いた新型コロナウイルス遺伝子検査になります。（TRC 法）

●検査費用

検査と和文証明書代合わせて 19,800 円（税込）になります。英文証明書をご希望の場合は 22,000 円（税込）になります。

追加で和文証明書をご希望の場合は一通あたり 3,300 円（税込）、英文証明書をご希望の場合は 5,500 円（税込）になります。

●結果報告

証明書は可能な限り当日中に作成いたします。証明書が出来上がりましたら上記電話番号にご連絡いたします。当院にお越しいただき『6 番窓口』にお声掛けください。

●注意事項

遺伝子検査の性質上、100%の精度はなく、実際には感染していても結果が陰性になること（偽陰性）や、感染していなくても結果が陽性になること（偽陽性）があります。結果が陰性であっても新型コロナウイルス感染症を完全に否定することは出来ません。

検査結果は、保健所へ報告が義務付けられています。

陽性の場合には保健所の指示に従ってご対応お願いいたします。

同 意

独立行政法人国立病院機構栃木医療センター 院長殿

今回の検査を受けるにあたり、説明を受け、上記内容を十分理解しましたので、検査を受けることに同意します。

年 月 日

患者氏名： _____

代理人氏名： _____（続柄： _____）