

陽性者の同居家族等検査を受検される方へ

【検査説明書兼申込書】

検査に際しての注意事項	確認欄
本検査は、同居者の中にコロナウイルス感染症に係る検査で陽性となった方がおり、かつ自身に発熱等の感染症を疑う症状がない方を対象としております。また、本検査はご本人が希望する場合に任意で行われるものです。	<input type="checkbox"/>
本検査の対象者でないにもかかわらず受検したことが判明した場合、福岡市から検査にかかる費用全額がご本人様に請求されますのでご注意ください。	<input type="checkbox"/>

私は、上記の内容について説明を受け、了承の上、検査を申し込みます。

令和 年 月 日

陽性となった方

住 所	福岡市	電 話 番 号	
フリガナ		生 年	明治 大正 昭和 平成 令和
氏 名		月 日	年 月 日
検査した 医療機関名		検査日	令和 年 月 日

検査を受ける方

住 所	福岡市	電 話 番 号	
フリガナ		生 年	明治 大正 昭和 平成 令和
氏 名		月 日	年 月 日
フリガナ		生 年	明治 大正 昭和 平成 令和
氏 名		月 日	年 月 日
フリガナ		生 年	明治 大正 昭和 平成 令和
氏 名		月 日	年 月 日

＜医療機関記載項目＞

確認事項	確認欄
検査を受ける方が、陽性となった方の同居家族等であることを確認しました。	<input type="checkbox"/>
検査手法(○を付けて選択)・抗原定量検査・自院で核酸検出検査(PCR等)・委託で核酸検出検査	<input type="checkbox"/>

医療機関名： _____

説明医師名： _____

※原本は医療機関で保管し、写しを1部とり、当月分をまとめて福岡市医師会へ提出してください。