海外渡航者用PCR検査を受けられる方へ

【検査前】

　〇PCR検査を実施するにあたり

　　・当院のホームページにあります，海外渡航者用PCR検査依頼状をダウンロードし，依頼状を電子メールでお送りください。その他希望やお問い合わせがありましたら電子メールの本文にお書き下さい。（インターネット環境が無い場合は郵送にて対応させていただきますのでご連絡ください。）

　　・検査希望者の出国日時と渡航先の陰性証明書の要件（証明書の有効時間等）を確認し，予約をお取りください。

・検体採取は原則ドライブスルー方式で行うため，来院される際の方法を伺います。

　　　車やバイクの場合は，メーカー名，車種，色，プレートナンバーを伺います。公共交通機関を利用される場合はその旨をお伝えください。

　　・検査結果をお知らせするために，繋がりやすい連絡先（携帯番号等）を伺います。

【検査当日】

○来院するにあたり

　・来院の際には，マスク着用をお願いします。

・来院の際には，指定された時刻以降の到着でお願いします。特に公共交通機関を利用される場合は，待機場所はありませんので，早めの来院はご遠慮ください。

　　・院内へは入らず，直接感染外来駐車場（別紙）までお越しください。

　　・到着後は，車で来院の方は，そのまま車の中で待機してください。

【検査後】

〇PCR検査を受けた後

・PCR検査の結果が出るまでは，外出を控えていただきますようお願いします。

　　・陰性証明書は検体採取日の当日夕方（17時まで）に発行予定です。

　　・陰性の場合は，陰性証明書（英語記載）を発行いたします。証明書の準備が出来次第ご連絡します。

　　・陽性の場合は，保健所に連絡し保健所の指示に従ってください。

　　・陰性証明書を受け取りの際に検査同意書を会計窓口にご提出ください。

　　・会社などで代表者1人が検査証明書の受取と支払をされる場合は，委任状を人数分作成のうえ受取の際にご提出ください。

　〇PCR検査の費用について

（税込）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査実施日 | PCR検査料 | 診断書料  (1枚につき) | 合計 |
| 2023年2月6日から | 20,600円 | 5,500円 | 26,100円 |

・証明書を受け取りに来られる際にお支払いください。

　　・検査結果が陽性の場合は請求書を自宅に送付しますので，後日お支払いください。

海外渡航者用の新型コロナウイルス感染症ＰＣＲ検査 説明同意書

＜説　明＞

□ＰＣＲ検査では，新型コロナウイルスに感染しているかを調べます。

□検査は，細い綿棒で鼻や喉の奥を拭う方法で行います。

□ＰＣＲ検査は，感度（感染している人が陽性と判定される確率）や特異度（感染していない人が陰性と判定される確率）に限界のある検査です。

□検査から結果報告・証明書発行までの時間をご確認ください。

□この検査で結果が陽性になった場合，感染症法により感染者として保健所の指示に従うことをご同意ください。

□入国時や入国後の対応は，渡航国の方針に従うことになります。ＰＣＲ検査の証明書は，入国を保証するもの，入国後の活動制限をなくす保証があるわけではありません。

＜同意書＞

私は，海外渡航・入国を目的とした新型コロナウイルス感染症ＰＣＲ検査について，

（医師名）　　眞鍋　明広　　　　から説明を受け，十分に理解しました。よって，自らの判断で本ＰＣＲ検査を受けることを希望いたします。尚，検査の結果が陽性になった場合は，感染症法により，感染者として保健所の指示に従うことについても同意します。

同意年月日（検査日）：西暦　　　　年　　　　月　　　日

本人署名：

※検査希望者が未成年（18歳未満）の場合は，保護者が代理人署名及び住所欄に記載をしてください。

代理人署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との関係：　　　　　）

代理人住所：

（注）１.署名欄は本人が自署してください。

　　　２.本人が署名できないときは代理人が署名してください。

　　　３.代理人は親権者，後見人，扶養義務者，配偶者，親，子，兄弟姉妹などにあたる成人です。

　　　４.この文書は診療録に添付します。患者さんには複写分を渡します。

福山市民病院　渡航ワクチン外来　宛

shibyou-travel@fchp.jp

海外渡航者用ＰＣＲ検査　依頼状

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼者 | 氏名 |  | | |
| 企業・団体名  (所属/職位) |  | | |
| 企業・団体  所在地 |  | | |
| 連絡先 | TEL： | | |
| 依頼日 | 西暦　　　　年　　　　月　　　日 | | |
| 検査希望者  （渡航者） | 氏名 |  | | |
| パスポート記載の氏名（ローマ字） |  | | |
| パスポート番号 |  | | |
| 生年月日・性別 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 | | 男・女 |
| 国籍 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 連絡先 | TEL：  E-mail： | | |
| 渡航国 |  | | |
| 渡航期間 | 西暦　　　　年　　　　月　　　日  ～西暦　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 出国空港 |  | | |
| 出国日時 | 月　　　日　　　時　発 | | |
| 第一希望日 | 月　　　日　　　時 | | |
| 第二希望日 | 月　　　日　　　時 | | |
| 来院方法 | □自動車　□徒歩　□その他（　　　　　） | | |
| ※自動車の場合 | メーカー・車種 |  | |
| 車の色 |  | |
| プレートナンバー |  | |
| その他の連絡事項 | （会社名での領収書の要否等） | | |

※お問い合わせは電子メール（E-mail）でお願いします。担当者からご連絡差し上げ，予約が

確定します。

※検査当日は写真付きの本人確認のできる書類（パスポート，運転免許証など）をお持ちください。

※海外渡航者用ＰＣＲ検査（新型コロナウイルス感染症）は原則自費での受診となります。

※検査希望日は申込日から３営業日以降の日（月曜日・水曜日・金曜日）をご記入ください。

※火曜日・木曜日・土日祝日及び12月29日から1月3日は検査を行いません。

※検査は原則ドライブスルー方式となります。（来院方法によって順番が前後する場合がございます。）