

## 検査申込書

令和 年 月 日

### 1 本人確認

氏名： \_\_\_\_\_ (フリガナ \_\_\_\_\_)

住所： \_\_\_\_\_

性別： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_

連絡先：(電話番号) \_\_\_\_\_

(Eメールアドレス) \_\_\_\_\_

### 2 基本事項 (✓を記入ください)

1.  体調不良ではない

(症状がある場合は、速やかに医療機関を受診してください。)

2.  保健所から濃厚接触者として連絡を受けていない

(保健所から連絡があった方は、保健所の指示に従ってください。)

### 3 希望する検査 (いずれかに✓を記入してください。)

1.  抗原定性検査 (検査後、15分程度で結果が判明します。)

2.  PCR検査等 (検査結果は、翌日以降に判明します)

### 4 検査利用回数

過去に利用した、無料検査 (行政検査を除く) の回数

※回数・頻度が多い場合には、理由の説明をお願いすることがあります。

\_\_\_\_\_ 回

### 5 検査目的 (✓を記入ください)

本日の検査の目的について、下記より1つ選択

1.  イベント・飲食・旅行・帰省等の経済社会活動を行うに当たり、必要であるため (ワクチン・検査パッケージ等) (2.に該当する場合を除く)

2.  都道府県知事から要請を受けて、感染不安があるため

3.  その他

## 6 ワクチンの接種の有無 (✓を記入ください)

5で「1.」を選んだ場合、ワクチンを2回接種済みか

はいいいえ

## 7 6で「いいえ」を選んだ場合、その理由 (✓を記入ください)

1.  12歳未満である2.  健康上の理由3.  その他 (自己の意思等)

## (確認事項)

仮に検査結果が陽性であった場合には医療機関に受診します(✓を記入ください)

上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は都道府県から求めがあった場合には都道府県に提出されることがあることについて同意します。また、都道府県が必要と認め、本事業の適正執行を確保するため、ワクチン接種の有無についてご記入いただいた氏名・住所・性別・生年月日の情報に基づき、市町村に照会を行ったときは、市町村がワクチン接種歴の有無について回答することがあることに同意します (✓を記入ください)

※1：ご申告いただい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、都道府県が必要と認める措置を講じる場合があります。また、ワクチン接種の有無については、別途自治体において確認する場合があります

※2：次回の検査申込に当たっては、PCR検査等の結果通知書等の有効期間が3日間とされていること及び抗原定性検査の結果通知書等の有効期間が1日間とされていること等も踏まえ、前回の検査から経過した日数等を考慮の上、申込を行うようお願いいたします

## 担当者確認欄 ※当該検査申込書を受付けた事業所で記入

本人確認の方法	無料検査事業区分 (該当区分のいずれかに○)		
(確認した身分証明書の種類を記載)	ワクチン・検査パッケージ等 定着促進事業 (無料) (7で「1.」または「2.」を選んだ場合)	感染拡大傾向時の一 般検査事業 (無料) (5で「2.」を選んだ 場合)	対象外 (有料) (左記のいずれにも該 当しない場合)
(1か月に3回以上無料検査を受検する場合の理由を記入)			
検査結果 (該当のいずれかに○)			
陰性 ・ 陽性 ・ 判定不能			