

渡航用 PCR 検査 申込書 application form

・証明書に必要な内容を記載し、検査当日にお持ちください。(忘れた場合は当日病院で記載して頂くことも可能です) 下記の内容を陰性証明書にそのまま記載しますので、間違いのないように英語で正しく記載してください。渡航先によって記載すべき内容が異なります。記入していない項目は不要と考え記載しませんので、ご自身で必要な内容を漏れなく記載ください。下記以外の内容が必要な場合は下段の空いたスペースにお書きください。**必要な項目のみ記載ください。**

	英語で記入してください Please fill in in English
氏名 (名前,苗字) Name(First, Last)	
生年月日(西暦/月/日) Date of Birth(yyyy/mm/dd)	
性別 Gender	
国籍 Nationality	
パスポート番号 Passport No	(必要時記載:if necessary)
日本での住所 Address in Japan	(必要時記載:if necessary)
訪問国 Visiting country	(必要時記載:if necessary)
渡航先の住所 Address in the visiting country	(必要時記載:if necessary)
入国予定日(西暦/月/日) Date of Entry(yyyy/mm/dd)	(必要時記載:if necessary)
検体採取方法 Sample	唾液(saliva) / 鼻咽頭拭い液(Nasopharyngeal Swab) (渡航先により検体採取の方法が決められている場合があります。必ず選択してください。) ○で囲む、不要な方を消すなど、分かるように選択してください。
証明書発行(結果説明) 希望日 Desired date of issue	(指定があれば記載してください) (Please describe if specified) →
希望診断書様式 Certificate format	A B S V (Please select)

渡航先によっては「紙媒体の原本」提出を求められる国と、原本と明示されていない国もあります。

原則は来院による対面での受け渡しですが、状況に応じて PDF ファイルなどでのメール送信、郵送にも対応いたします。ファイル送信をご希望の方はメールアドレスをご記入ください。

メールアドレス E-mail address	(必要時記載:if necessary)
原本郵送先住所 Shipping address	(必要時記載:if necessary)

渡航用 PCR 検査及び証明書発行に関する同意書 Consent Form

当院は院内で検体を採取し、リアルタイム RT-PCR 検査を実施しています。最短でおよそ 90～130 分で結果が判明し、証明書の発行が可能となります。(17 時 30 分までが診療時間ですので、結果判明が 17 時 30 分を越える場合は、証明書発行が翌日になることがあります。)

検査数が多い場合や、機器の故障など不測の事態発生時などは結果が通常よりも遅れます。また PCR の性質上、判定保留のため再検査が必要となり、判定が送れることがあります。

以上のことから報告予定日に間に合わない可能性があり得ます。ご了承ください。

金額は自費診療で税込み PCR 検査代 10,000 円 (1 回) +証明書発行代 5,500 円 (1 通) です。

渡航先により、必要な記載内容や証明書の書式、証明の条件などが指定されていることがあります。外務省、大使館のホームページ等で確認してください。当院で発行できる証明書以外の書式を希望される場合は指定書類を提出したり、記載内容の追加が必要な場合は別紙に記載してください。

検体採取は医療者が鼻から綿棒を挿入し、鼻咽頭 (鼻の奥) の粘膜を擦り採取する方法 (鼻咽頭拭い検体) とご自身で 1-2 ml の唾液を容器に入れて頂く方法 (唾液検体) があります。渡航先で指定されていることがあります。必ずご確認ください。

証明書発行日は検査結果説明日となります。検査結果は原則来院による対面での受け渡しとしていますが、電子メールや郵送での送付にも対応しています。渡航先により、原本の紙での提出が必要な国もありますのでご確認ください。

記載内容の不備などで入国拒否の可能性もあることから、ご自身で詳細を十分にご確認いただき、証明書発行後にすぐに内容に問題がないが十分ご確認ください。

検査結果が陰性であった場合、検査結果受け渡し時あるいはメール等での報告より前に結果の電話連絡等は原則致しません。

当院では検査結果を元に医師が診断を行っています。医師が新型コロナウイルス感染症陽性と診断した場合は自費検査であっても感染症法に基づき、保健所に届け出を行う必要があります。陽性だった場合、感染者として保健所の指示に従って頂くようお願いいたします。また、陽性だった場合は直ちにご本人に連絡いたします。

検体採取時を含め検体採取当日までの過去 2 週間、発熱などの感冒様症状がなく、新型コロナウイルス感染症患者との接触がなかったことが検査を受ける条件になります。該当する場合は申し出て下さい。

上記 記載内容を理解し、同意します。

日付 2021 年 月 日

氏名:Signature (自筆 or 印字の場合は押印)

住所:address

電話番号:phone (携帯 mobile)
