

ビジネス渡航用 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 : Mail :
	依頼日	年 月 日
検査希望者 (渡航者)	氏名	
	渡航国	
	渡航期間	年 月 日 ～ 年 月 日

自営業や学生の場合は提出不要ですが、そのことがわかる書類のコピーを持参ください

ビジネス渡航者の新型コロナウイルス感染症 PCR 検査

< 説明 >

- 1. 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。
陽性の場合にはウイルスが存在し感染者と判定されます。
- 2. 検査は、細い綿棒で鼻や喉の奥を拭う方法で行います。
飛沫が出る可能性がある検査ですので周囲の暴露予防(防護)処置が必要です
- 3. 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。
- 4. 検査から結果報告・証明書の発行までの時間、検査から搭乗までの時間をご確認ください。
- 5. この検査で結果が陽性になった場合、感染症法により無症状者でも入院勧告や措置、就業制限があるため、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。
- 6. 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、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、感染者として届出されることを理解しており、保健所の指示に従うことについても同意します。

_____年 ____月 ____日

検査希望者氏名(自署)_____。

代諾者(保護者/親族等) 氏名(自署): _____ 続柄 _____。

チェックリスト 兼 問診票

ビジネス渡航者のための新型コロナウイルスPCR検査と陰性証明書の発行

お名前	
-----	--

<p><u>検査当日の問診</u></p> <p>過去2週間に下記症状があればチェック</p> <p><input type="checkbox"/> 悪寒 chills</p> <p><input type="checkbox"/> 発熱 fever</p> <p><input type="checkbox"/> 倦怠感 fatigue</p> <p><input type="checkbox"/> 筋肉痛 muscle pain</p> <p><input type="checkbox"/> 頭痛 headache</p> <p><input type="checkbox"/> せき cough</p> <p><input type="checkbox"/> 咽頭痛 sore throat</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻汁 sneezing</p> <p><input type="checkbox"/> 息切れ shortness of breath</p> <p><input type="checkbox"/> 下痢 diarrhea</p> <p><input type="checkbox"/> 嘔吐 vomiting</p> <p><input type="checkbox"/> 味覚嗅覚異常 loss of taste or smell</p> <p><input type="checkbox"/> 上記すべてありません</p>	<p><u>チェックリスト</u> <input checked="" type="checkbox"/> チェック</p> <p>ご提出いただく書類</p> <p><input type="checkbox"/> 依頼状【添付1】または業務証明資料</p> <p><input type="checkbox"/> 説明・同意書【添付2】</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> チェックリスト兼問診票【添付3】 (問診記入したこの用紙)</p> <p>基本検査 <input checked="" type="checkbox"/> PCR検査と陰性証明書</p> <p>オプション <input type="checkbox"/> Fit to Fly (搭乗健康証明書)</p> <p><input type="checkbox"/> 証明書の電子送付(pdf)</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>証明書の受け取り</p> <p><input type="checkbox"/> 窓口受け取り</p> <p><input type="checkbox"/> 郵送</p> <p><input type="checkbox"/> メール pdf 電子送付</p>
--	--

<p><u>検査予定日時</u></p>	<p>おだ内科クリニック 〒730-0016 広島市中区鞆町 13-4 広島マツダビル2F 電話：082-502-1051 八丁堀交差点より東へ200m もみじ銀行本店 斜め前</p>
----------------------	--