

尼崎市長 様

PCR 検査申請書兼同意書



検査申込者記入欄	住 所	〒  (連絡先)		
	生年月日	年	月	日 生
	<b>【誓約・同意事項】</b> 1 本事業の対象となる施設に新規で入所することが決定したため、PCR 検査受検を希望した。 2 本検査が、100%の陰性を証明するものではなく、引き続き感染予防が必要であることを理解した。 3 尼崎市が検査結果について、入所予定施設や尼崎市等関係機関で共有するとともに、匿名化された情報を尼崎市の保健行政に利用することについて承諾した。 4 検査結果によって、入所予定施設への入所日が当初より遅くなることや、入院が必要となった場合に、別途入院費等が発生することについて承諾した。 5 陽性反応が出た場合に、保健所へ提出が必要となる「発生届」の対応について、検査受検前に、医療機関（かかりつけ医や入所予定施設の嘱託医等）に依頼した。 6 陽性反応が出た場合は、自己負担による医療機関等への再受診や、濃厚接触者の特定、外出の自粛等、保健所の指示に従う。			
(署名欄) 私は、上記【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。  (必ず自筆してください。また、押印は不要です。)				
令和 年 月 日 (本人署名) 氏名 _____ ご本人が署名できない場合は代理人の方が署名し、続いて次の項目もご記入ください (代理人署名) 氏名 _____ 本人と代理人の関係 _____ 住所 _____ 連絡先 _____				

施設記入欄	施設名	担当者	
	施設区分 右のうちいずれかの区分に☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 (地域密着型サービスを含む) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅のうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設 (地域密着型サービスを含む) <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	
	検査申込者 入所予定日	年	月

(尼崎市記入欄) 検査 ID (検査依頼書に記載の ID) : \_\_\_\_\_

検査実施日	年	月	日	検査結果報告日	年	月	日 (陰性・陽性)
-------	---	---	---	---------	---	---	-----------