

【新潟県新型コロナウイルス感染症検査促進事業】

検査申込書（兼同意書）

申込日	2022年 月 日
薬局名	

1	症状の有無 (該当□に✓を記入)	以下の症状がありますか。 ・かぜ症状（発熱、せき、のどの痛み等） □はい □いいえ
2	検査目的 (該当□に✓を記入)	<input type="checkbox"/> ① 飲食、イベント、旅行・帰省等の社会経済活動を行うに当たり、必要であるため（ワクチン・検査パッケージ制度または対象者全員検査等）（②に該当する場合を除く） 【原則として抗原定性により検査実施】 <input type="checkbox"/> ② 感染不安があるため、検査を希望する 「①」を選んだ場合は、以下に該当する場合には✓を記入ください。 <input type="checkbox"/> 検査の目的である経済社会活動の概要・日付が分かる予約票等の提示又は申立書の提出を行った。
3	ワクチン接種状況 (該当□に✓を記入)	<input type="checkbox"/> 3回目接種が未了である。 <input type="checkbox"/> 3回目接種済みであるが、 ・対象者全員検査等 ・高齢者や基礎疾患を有する者等との接触を伴う活動に際して検査結果を求められた場合等3回目接種完了者であっても検査を受検する必要があり、その旨を説明する書類等の提示又は申立書の提出を行った。
4	PCR 検査等利用理由 (該当□に✓を記入)	<input type="checkbox"/> 検査申込者が10歳未満であること <input type="checkbox"/> 高齢者や基礎疾患を有する者等との接触が予定されており、その旨を説明する書類等の提示又は申立書の提出を行った。
5	同意事項 (同意後✓を記入)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 上記項目につき虚偽がないことを証すると共に本申込書は新潟県から求めがあった場合には新潟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、新潟県が必要と認め、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。 ※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。
6	これまでに検査を利用した回数	回 ※月3回以上検査を受けた方は理由をご記入下さい。 ()
7	氏名（フリガナ）	()
8	住所	〒
9	電話番号	
10	メールアドレス	@

以下はスタッフが記入します

【担当者確認欄】

確認日	本人確認の書類	無料検査事業における区分				
/	運転免許証 健康保険 マイナンバーカード その他 ()	検査種類 ↓該当に○を付ける	VTP・全員検査等分 2で①を選択	一般分 2で②を選択	対象外 左記以外	結果 ↓該当に○を付ける
		抗原定性検査	※日付 / ※確認書類 切符・チケット・予約票・ その他 ()			陰性
		PCR検査				陽性
						判定不能