

江差町高齢者施設及び介護保険施設等従事者PCR検査事業で検査を受けられる方へ

【 検査申込書兼事業対象者であることの証明書 】

私は、令和 年 月 日に、以下の内容について説明を受け、了承の上（☑をお願いします）、検査を申し込み、その結果が検出限界以下の場合（陽性ではない場合）について、対象事業所に通知されることに同意します。

（フリガナ）

氏 名

（郵便番号）

住 所

電話番号

検査結果の送付先は、下記の施設としてください。

・対象事業所

住 所

宛 名

1 検査について

- ☐ 本検査は、江差町が行う事業で、緊急事態宣言やまん延防止重点措置などの新型コロナウイルス感染症感染流行地域への往来、または、同地域からの来訪者と接触があり、事業所より自宅待機を命じられた者で、発熱など新型コロナウイルス感染症の感染を疑う症状がない方を対象としております。
- ☐ 検査の性質上、実際には感染しているのに結果が検出限界以下になること（偽陰性）や、感染していないのに結果が陽性になること（偽陽性）があります。

2 検査の結果、陽性が疑われる場合について

- ☐ 北海道立江差病院から、本人に検査結果を通知し、必要に応じ再診等を行い、北海道江差保健所に報告を行います。この場合、症状の有無にかかわらず、入院等となる可能性があります。

3 その他

- ☐ 検査結果が検出限界以下（陽性ではない場合）であっても、偽陰性の可能性があることや、検査日以降に感染する可能性もあることから、手洗い等の基本的な感染対策を怠らないようお気をつけください。

裏面につづく

表面に記載の者について、当事業所に従事する者であり、当該事業の検査対象者であることを証します。

自宅待機命令日 令和 年 月 日

住 所

事業所名

代表者名

印

※ 以下、北海道立江差病院確認欄

1 検体受付日 令和 年 月 日

2 検査結果

検出限界以下 ・ 陽 性