

# 検査申込書

無症状の方が対象です。37.5度以上の発熱がある方は医療機関を受診してください

- 1 本人確認  現在 37.5 度以上の発熱はなく、体調は良好である (✓を記入ください)

フリ ガナ  
氏 名 : \_\_\_\_\_ (満 才) (男・女)

生 年 月 日 : 西 暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(〒 \_\_\_\_\_ )

住 所 : \_\_\_\_\_

連 絡 先 : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

メールアドレス : \_\_\_\_\_

PCR検査等の結果通知に使用する場合がございます。わかりやすくはっきりとご記入ください。

- 2 検査利用回数 (直近 1 ヶ月の間に利用した無料検査の回数)

※濃厚接触者として行った検査、症状があつて医療機関で行った検査は除きます。

\_\_\_\_\_ 回 ※回数、頻度が多い場合は理由を伺うことがございます。

- 3 検査目的 (本日の検査の目的について、下記より 1 つ選んで✓を記入ください)

- ①.  イベント・飲食・旅行・帰省等の経済的社会的活動を行うに当たり、必要であるため。(ワクチン・検査パッケージの利用等)  
②.  都道府県からの要請を受けて、感染不安があるため  
③.  その他 ( \_\_\_\_\_ )

- 4 本日希望する検査の方法 (✓を記入ください)

- ①.  PCR検査等 ②.  抗原定性検査

- 5 新型コロナウイルスワクチン 2 回接種の有無 (✓を記入ください)

- ①.  有 ②.  無

- 6 5で『無』を選んだ場合、その理由を下記より 1 つ選んで✓を記入ください

- ①.  健康上の理由 ②.  12 歳未満である ③.  その他 (自己の意思等)

## 《確認事項》

- ・仮に検査結果が陽性であった場合には、医療機関を受診、又は受診・相談センターに電話し受診について相談すること。
- ・本申込書の記載事項は埼玉県並びに民間検査機関等に共有される場合があること。
- ・埼玉県からの求めに応じて、市町村が自身のワクチン接種歴について回答する場合があること。
- ・申告し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、埼玉県が必要と認める措置を講じる場合があること。

私は、上記の各項目につき、虚偽がないことを証するとともに、確認事項の全てに同意し本日の受検を希望します。

西 暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 氏 名 \_\_\_\_\_