

郵送による新型コロナウイルス PCR 検査

1 検査概要

本検査は長崎県内にお住いの方が対象の唾液による PCR 検査です。
すでに発熱等自覚症状のある方は医療機関を受診してください。

2 申し込み方法

次ページの『新型コロナウイルス PCR 検査申込書兼同意書』を印刷し必要事項をご記入の上、FAX(095-845-5334)にてお申込みください。

※FAX送信後は必ず確認のお電話(095-845-5087)をお願いします。

受付時間:10:00~17:00 (土日祝を除く)

3 検査料金のお支払い・採取容器の発送

検査料金 16,500 円(送料込み)

※下記金融機関に検査料金をお振込みください。
(振込手数料はご依頼人負担でお願いいたします。)

金融機関名	支店(支所)名
十八親和銀行	道の尾支店
預金種別	口座番号
当座預金	1958
口座名義	
ユ)ナガサキイガクチュウオウケンサシツ	

検査料金のお振込み確認後、検査容器を発送いたします。

4 唾液検体の提出

お送りする『事前準備・注意点』をご確認のうえ専用容器に唾液を採取し梱包します。
申込時にFAXした『新型コロナウイルスPCR検査申込書兼同意書』を忘れず同封して郵便局にご提出ください。

『対象郵便物等を差し出す際のチェックシート』は検体提出の際、郵便局の窓口にお渡しください。送料は弊社でご負担いたします。

5 検査結果のご報告

検査結果は検体到着後 2~3 日で郵送にてご報告いたします。

新型コロナウイルスPCR検査 申込書 兼 同意書

私は、下記の内容について誓約した上、自己責任のもと、検査を申し込みます。

申込日時	令和 年 月 日	検体採取日時	令和 年 月 日
申込体温	℃	検体採取時体温	℃
フリガナ			
氏 名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 男・女		
住 所	〒		
報告書送付先	〒		
	※上記住所外に郵送を希望する場合のみご記入ください		
電話番号	(日中連絡が取れる番号)		

■新型コロナウイルスPCR検査 (SARS-CoV-2 PCR法)の自費検査について

- この検査は唾液採取による「新型コロナウイルスPCR検査」です。
- 検査結果は検査時点での感染状況に関するものであって、陰性であっても感染早期のためウイルスが検知されない可能性やその後の感染の可能性があり、感染予防に努める注意が必要です。
- 検査結果について
検査結果は「検出限界以下」もしくは「陽性」と表示されます。
- 「検出限界以下」：陰性
稀にウイルス量が少ない場合やウイルスに変異が起こると、検出できない場合があります。
- 「陽性」結果は臨床症状等から総合的に判断してください。
- 検査結果は検体到着後、2日～3日で、郵送にてご報告いたします。

同 意 書

■以下の各項に同意頂いた場合は口内に \square チェックを記入下さい。

- ◆体温が37.5℃以上や咳などの症状がある場合は本検査を受けることはできません。

検査結果が「検出限界以下（陰性）」になった場合

- ◆100%感染していないことを証明できるものではないことを理解し、結果通知後もマスク着用、三密を控えるなど感染防止を継続すること。
- ◆結果通知後に感染を疑われる症状が出た場合は速やかに身近な医療機関に相談すること。

以上の内容をよく理解した上、自費PCR検査を申し込みます。

**検査結果が陽性の場合には長崎県医療政策課へ連絡し、最寄りの保健所をご紹介します。
保健所への連絡は、ご本人様にてお願い致します。**