

(来院日期：)

(ID：)

来院时体温： °C

新型冠状病毒感染症 PCR 检查问诊票検

(假名注音)

姓 名： _____

生年月日：阳历 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年龄： _____) 性别： ☐ 男 ☐ 女

电话号码： _____ 职业： _____

(未成年的就诊者、请填写监护人信息。)

监护人姓名 (罗马字姓名)： _____

监护人地址： _____

◇ 最近 2 周内以下的症状、请在□里打✓号。

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| ☐ 恶寒 chills | ☐ 发烧 fever | ☐ 疲惫感 fatigue | ☐ 肌肉痛 muscle pain |
| ☐ 头痛 headache | ☐ 咳嗽 cough | ☐ 咽喉痛 sore throat | ☐ 流鼻水 sneezing |
| ☐ 气短 shortness of breath | ☐ 腹泻 diarrhea | ☐ 呕吐 vomiting | |
| ☐ 味觉嗅觉异常 loss of taste or smell | | | |
| ☐ 没有以上症状 | | | |

请回答您的新型冠状病毒疫苗接种情况。 请在□打 ✓。

① 您是否有接种新型冠状病毒疫苗？ ☐ 是 ☐ 否

* 回答“是”的请继续回答。

② 您接种的是那一种疫苗？ ☐ 辉瑞 ☐ 摩特纳 ☐ 阿斯利康 ☐ 其他 ()

③ 请您告诉我们您接种疫苗的次数和接种日期 第 1 次 (月/ 日) 第 2 次 (月/ 日)

医療法人社団裕恒会 G クリニック

〒104-0061 東京都中央区銀座 5-3-13 GINZA SS 85 ビル 12 階
TEL:03-3572-3860 FAX:03-3572-3861

新型冠状病毒感染症 PCR 检查说明・同意书

【检查目的】新型冠状病毒感染症检查是检查当前是否有被感染。

【检查概要】PCR 检查是通过鼻咽拭子培养病毒基因，来检测新型冠状病毒的基因是否有增多的检查方法。
采取鼻咽拭子后有可能会流鼻血。

【注意事项】

- ☐ 此检查是检测「当前的感染」，不是证明将来不会被感染。
- ☐ 采取检查样本量过少的话，有可能需要再次检查，出结果的天数也要多几天。
- ☐ 检测结果如果为阳性，根据感染症法我医义务将接受检查者的姓名，地址，电话号码等，报告给保健所。之后请听从保健所的指示。
- ☐ 如有发烧或呼吸器官出现症状，请先联系保健所，并按照指示去医院就诊。
- ☐ 请熟知，接受此项检查后将不退还检查费。
- ☐ 根据 PCR 检查的结果，极为少数有可能需要再次检查的情况，需要时我们会联系您，出现需要再次时，将在次日 11:30 可以领取检查结果。再次检查费用为 5,500 日元。

【有关个人信息】

我们会彻底保护好个人信息，避免这项检测的结果侵犯到接受检查者的人权，在职业和保险方面遭受社会上的不利影响。

【撤回同意书】

即使已经同意接受检查，在进行检查之前也可以撤回同意。撤回同意没有不利之处。

【 同 意 书 】

G クリニック 院長殿

关于新型冠状病毒感染 PCR 检查，是我自行判断决定接受的 PCR 检查。此外，也理解如果检测结果是阳性，将根据感染症法，向保健所通知我是感染者，我也同意遵守保健所的指示。

日 期： 阳历 年 月 日

希望检查者姓名（自签名）：_____

代签人（监护人/亲属等） 姓名（自签名）：_____ 关系：_____

新冠病毒（SARS-CoV-2）抗体检查
(说明和同意书)

施設名：Gクリニック

作成日：2020年12月24日（第2版）

【注意点】

- ・该抗体检测是检查是否体内存在新冠病毒抗体的检测，并非是直接诊断病毒感染（PCR 检测等）的检查。
- ・抗体检测受个体免疫力的影响，检查结果可能出现比较大的差异，因此不能说是可以保证判定检查的正确性。
- ・该检测是我们提供的自费诊疗。另外，请注意的是我们不接受费用退款

【检查对象】

同意提交问诊表，以及签写同意说明文件的人，还有担当医生认为没有问题的人

【检查方法】

从肘部的内侧采取静脉血液约 9cc。

检查通常不会影响健康状态。

但是，在采血的过程中有可能出现以下的副作用。

- ・采血部位疼痛，感染，内出血，止血困难，神经障碍

另外，如果有以下的情况，请通知工作人员。

- ・采血时感到恶心，对酒精过敏，正在进行血液透析治疗，接受过乳房切除手术的人

【有关自愿参加该检查的同意书】

在听取医生对该检查的说明后，由患者按自己的意思决定是否进行该检测。也请自行决定在同意书上签名。

【有关个人情报】

从该检测中所获得的内容，必要时会在学术会议或者检查会议上发表，以及在学术论文等上使用。我们会彻底保护好个人信息（姓名・身份）的情况下使用该检测内容。

有关以下的使用目的，除非本人特别要求“拒绝提供个人信息”以外，为了得到适当的医疗服务，我们将会向第三者提供所需范围内的个人信息。

- ①例如厚生劳动省，或有关部门要求时
 - ②为了提供适当的医疗服务，需要与外部机构共享信息时
 - ③需要寻求其他医疗机构的专科医生的意见和建议时
 - ④向转诊来源医疗机构回复报告时，或转诊至其他医疗机构时
 - ⑤需要与其他医疗机构等合作时
 - ⑥委托标本检测业务，或其他业务委托
 - ⑦在不特定个人信息的情况下使用您的检测结果进行病例报告之类的学术报告时，还有，为了确认您的检测内容和结果相关的医务人员和检查人员会查看您的病历，但这些人员在法律上需要承担遵守保密义务，不会将您的个人信息泄露出去。
- 中途停止检查，在截止检查时所获得的检查结果数值也有被使用的可能性，我们会在彻底保护好个人信息的情况下使用。
- 您随时可以拒绝使用您的检查结果数据。
- 此外，该医院将根据“个人信息处理规定”严格保存管理检查结果数据。

【咨询服务】

对该检查如有疑问，请随时与我们联系。

クリニック名称：医療法人社団裕恒会 Gクリニック

住 所：東京都中央区銀座5-3-13 GINZA SS85ビル12階

電話番号：03-3572-3860

FAX番号：03-3572-3861

咨询时间：10:30-18:30（周一・周二・周三・周五・周六）

休诊日：周四、周日、节假日

カルテ保管（原本）

患者さま保管（コピーをお渡し）

同意文書

Gクリニック

院長 殿

关于新冠病毒（SARS-CoV-2）抗体检查试剂器具的检查，通过负责医师根据说明书的说明，对检查目的，内容，以及个人信息处理得到了理解。所以，我自行同意决定配合进行此项检查。

【患者の签名栏】

同意日：阳历 年 月 日

患者签名：_____

代签人签名：_____（关系）

（※代签人：未成年者の由亲权者，被医生判断没有同意能力的成年人本人由亲属或是见证人作为代签人接受说明和进行签名）

【说明医师の签名栏】

我有充分的给上述的患者进行了此检查的说明。

说明日：阳历 年 月 日

担当医师签名：_____