

## 誓約書／同意書（案）

1. 新型コロナウイルス感染症に関する検査で検査結果が陽性であった場合に受診する医療機関を選択の上、以下のいずれかに○をしてください。（医療機関の名称もできるだけ記載してください。）

- ① 検査機関の提携医療機関（名称（検査機関にて記載）： \_\_\_\_\_）
- ② かかりつけ医又は地元の医療機関（※）（名称： \_\_\_\_\_）
- ③ その他の医療機関（名称： \_\_\_\_\_）

**私は、検査結果が陽性であった場合には、上記で選択した医療機関を受診することを誓約します。**

○年○月○日

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

※ ②のかかりつけ医又は地元の医療機関を受診する場合には、事前に医療機関に連絡し対応可能か確認してください。または地域の受診相談センターに相談してください。

2. 上記1で①を選択した方のみご記入ください。

検査結果が陽性となった方については、検査結果に基づき医療機関での医師の診断が必要となることから、当検査機関から、上記1で選択された①の提携医療機関に対して、検査結果に関する個人情報を提供します。

**私は、当検査機関が提携医療機関に対して、検査結果に関する個人情報を提供することに同意します。**

○年○月○日

氏名： \_\_\_\_\_