**別紙２（オモテ）　　　　　　　　　　　　　　　　 ※検査機関記入欄**

（ウラ）のページも印刷のうえ、検査当日にお持ちください。

|  |  |
| --- | --- |
| **Ｎо.** |  |
| **申込日** | 令和　　年　　月　　日 |

**検査申込書**

**＜無症状の方が対象です＞**

**○本人確認**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | | | **性別** | 男 ・ 女 |
| **氏名** |  | | |
| **住所** |  | | | | |
| **電話番号** | （　　　　） | **生年月日** | 西暦　　　年　　月　　日 | | |
| **Eメールアドレス** | ＠ | | | | |

**○検査利用回数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○本日受検する検査**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 回 |  | **PCR検査** |

　 ・直近1か月の間に利用した**無料検査の回数を記入**してください。

　 ・回数・頻度が多い場合には、理由をお聞きすることがあります。

**１．本日の検査目的**　　…**いずれかに○**を付けてください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **１** | **イベント・飲食・旅行・帰省等の経済社会活動**  **を行うにあたり必要であるため** ※以下２に該当する場合を除く |  |
| 【参考：国の制度上の区分】  ・ワクチン・検査パッケージ等の検査  ・民間の自主的な取組による検査 |
| **２** | **感染に不安があるため（感染拡大時以外は無料検査対象外）** |  |
| 【参考：国の制度上の区分】  ・感染拡大傾向時の一般検査 |
| **３** | **その他（無料検査対象外）**  具体的な目的： | |

**２．ワクチン接種歴**（上記で「１」を選んだ場合）…**いずれかに○**を付けてください

|  |  |
| --- | --- |
| **１** | ワクチン**２回接種済み（無料検査対象外）** |
| **２** | ワクチン**１回接種**又は**未接種** |

**３．ワクチン未接種等の理由**（上記で「２」を選んだ場合）…**いずれかに○**を付けてください

|  |  |
| --- | --- |
| **１** | **12歳未満である** |
| **２** | **健康上の理由** ※ |
| **３** | **その他（自己の意思等）（無料検査対象外）** |

　　　※　基礎疾患、副反応（専らワクチン接種に伴う副反応である注射部分の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱など**通常想定される範囲を超えるような副反応**）の懸念など

**以下の事項をお読みいただき、✓を記入してください**

　**仮に検査結果が陽性であった場合には医療機関を受診します。**

　上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、**本申込書は県から求めがあった場合**

**等には県に提出されることがあることについて同意します。**また、県が必要と認め、本事業の適正な執行を確保するため、ワクチン接種の有無についてご記入いただいた氏名・住所・性別・生年月日の情報に基づき、市町村に照会を行ったときは、市町村がワクチン接種歴の有無について回答することがあることに同意します。

　申告いただい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、

県が必要と認める措置を講じる場合があります。

**別紙２（ウラ）**

こちらのページは検査機関が使用しますので記入不要です。印刷のうえ、検査当日にお持ちください。

**検査実施事業者が記入してください**

**【検査管理者等による確認】**

県内の感染拡大の状況により**「通常時」**又は**「感染拡大時」**の**いずれかのフローに従い判断**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **通常時** | | |  | **感染拡大時（知事の検査要請時）** | | |
| **検査目的は何ですか？** | | | | | | |
| １．ワクチン・検査  パッケージの検査  （民間の取組） | ２.感染不安の一般検査 | ３.その他 |  | １.ワクチン・検査  パッケージの検査  （民間の取組） | ２.感染不安の一般検査 | ３.その他 |
|  | ↓ | ↓ |  |  | ↓ | ↓ |
|  | **支援対象外** | **支援対象外** |  |  | **無料検査** | **支援対象外** |
| **ワクチン接種歴はありますか？** | | | | | | |
| １.ワクチン２回 | ２.ワクチン１回  又は未接種 | |  | １.ワクチン２回 | ２.ワクチン１回  又は未接種 | |
| ↓ |  | |  | ↓ |  | |
| **支援対象外** |  | |  | **支援対象外** |  | |
| **ワクチン未接種の理由は何ですか？** | | | | | | |
| １.12歳未満 | ２.健康上の理由 | ３.その他  （自己意思） |  | １.12歳未満 | ２.健康上の理由 | ３.その他  （自己意思） |
| ↓ | ↓ | ↓ |  | ↓ | ↓ | ↓ |
| **無料検査** | **無料検査** | **支援対象外** |  | **無料検査** | **無料検査** | **支援対象外** |

**（上記のフローにより判断し、いずれか該当する方に✓を記入）**

**□　無料検査に該当する 　 □　無料検査に該当しない（支援対象外）**

**（無料検査に該当する場合、以下は必ず全てに✓を記入）**

**□**本人確認の実施（感染不安の一般検査の場合、あわせて県内の居住実態を確認）

　　　　（運転免許証やマイナンバーカード等の公的証明書により確認。12歳未満の児童は、健康保険証等や自己申告、保護者の申告による確認も差し支えない）

**□**検査回数の確認

（１か月に３回を超える場合にその理由や、その他特記事項があれば以下に記載）

|  |
| --- |
|  |

**□**以下の確認、説明を実施済み　**（必ず✓を記入）**

**＜検査希望者への確認事項＞**

* 身分証明書の提示（12歳未満は健康保険証などで確認）
* 過去に無料検査を受けた回数となった理由（１か月に３回を超える場合）

**＜受検者への説明事項＞**

* 仮に検査結果が陽性であった場合、検査申込者は医療機関又は受診・相談センターに連絡し、速やかに受診しなければならないこと。また、その際に、周囲に感染させないようマスクを着用し、公共交通機関の利用を避けること。
* 仮に検査結果が陰性であった場合も感染している可能性を否定しているものではないため、検査申込者は引き続き感染予防策を徹底する必要があること。
* 当該申込みにより実施された検査の結果は、受検者が新型コロナウイルス感染症の患者であるかについての診断に用いることはできないこと。

|  |  |
| --- | --- |
| **上記を確認した検査管理者等名** |  |