

誓約書 / 同意書

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について、以下①～②のいずれかを選び○を付けてください。

(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「きなクリニック」(沖縄県那覇市首里儀保町 1-26-3)

② かかりつけ医又は指定の医療機関 ※ (名称: _____)

※かかりつけ医又は指定の医療機関を受診する場合、事前に該当の医療機関が対応可能かを確認してください。

※かかりつけ医での対応可否が不明の場合は、保健所に連絡の上、保険所の指定する医療機関での受診をお願いします。

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。

2021年 月 日

住 所: _____

連絡先: _____

氏 名: _____

2. 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、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。提携医療機関の医師の指導に従い、医療機関の受診、療養をおこなってください。

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。

2021年 月 日

氏名: _____

店舗使用欄	(時間) :	(通し番号)
-------	--------	--------

