

同意書

【検査の趣旨】

高齢者 PCR 検査助成事業（高齢者施設等新規入所者）による検査は、高齢者施設等での集団感染を未然に防止し、重症化リスクの高い介護保険施設等入所者の命を守ることを目的として検査を行うものです。

検査結果は取扱いを慎重にすべき重要な個人情報であり、本来、個人に対してお伝えすべきものでありますが、本事業による検査の目的をご理解の上、市及び事業所の責任者において共有することに同意いただきますようお願いいたします。

なお、市において業務上必要な限りにおいて共有するもので、個人情報を公表することはありません。

【留意事項】

陽性となった場合は、医師の診断を経て「発生届」が医師から保健所に提出されることとなります。医師の診断の際には、実費（初診料）がかかる場合があります。

陽性となった場合には、入院等の調整が必要となり、生活が制限されることがあります。また、保健所等の協力に応じることとなります。

検査結果によって、入所予定施設への入所日が当初より遅くなることや、入院が必要となった場合に、別途入院費等が発生することとなります。

私は、上記の検査の趣旨及び留意事項を理解した上で、自身の検査結果について、市及び事業所の責任において共有することに同意します。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印 ※本人自著の場合は押印不要

(代筆者)氏名 _____ (続柄: _____)

※本人自著が困難なため代筆する場合は、代筆者の氏名及び続柄(施設職員等も可)を記載