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受診の結果、感染が疑われる結果がでた場合、以下のどちらの対応を行うか○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 身近な医療機関**（※）**（名称：　　　　　　　　　　　　）

**私は、検査結果において感染が疑われる場合には、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を受診する場合には、事前に記入した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。**（裏面参照）**

２．上記１で①を選択した方のみご記入ください。

感染が疑われる検査結果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：

② 身近な医療機関

を選択された方

事前に該当する医療機関に連絡し検査結果を伝えた上で対応可能か確認してください。

**医療機関の対応不可の場合は、下記相談窓口へご連絡ください。**

**奈良県新型コロナ・発熱患者受診相談窓口**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談窓口 | 電話番号 | FAX番号 | 対応時間 |
| 奈良県庁 | ０７４２-２７-１１３２ | ０７４２-２７-８５６５ | 平日・土日祝　　２４時間 |