

様式第1号（第4条関係）

三芳町一定の高齢者等へのPCR検査事業利用申請書兼同意書

（あて先）三芳町長

住所
（申請者）氏名
電話番号

私はこの検査を受診するにあたり、別紙一定の高齢者等へのPCR検査事業説明書を読み、内容について理解及び同意いたしましたのでPCR検査事業の利用を申請します。また受診者の確認のため住民基本台帳の閲覧、医療機関への必要な情報の提供に同意します。

提出（同意）年月日： _____ 年 ____ 月 ____ 日

《受診者》

私は、現在無症状であり、発熱・咳・倦怠感・味覚障害等の症状はありません。また都道府県が実施する行政検査及び保険診療の対象ではありません。

住所	三芳町		
ふりがな		申請者と	
氏名	(性別)	の続柄	
生年月日	年 月 日	年齢	歳
電話番号	携帯電話 固定電話		
基礎疾患	あてはまる疾患に○をつけてください。65歳以上は記載不要 (1) 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) (2) 慢性腎臓病 (3) 糖尿病 (4) 高血圧 (5) 心疾患 (6) 肥満 (BMI 30以上)		

《感染者・有症状者の状況》

発生日時	年	月	日	時	ごろ
具体的な生活活動の場（番号に○印をつけてください）と具体的な条件					
(1)日常生活で不安を感じた場(家庭、立ち話など)	感染者と接触した人				
(2)会社組織(職場)・事業所	感染者と同じ施設に属する人				
(3)クラブチーム	感染者と同じクラス(チーム)に属する人				
(4)体育館・スポーツジム	感染者と同じ時間帯に同じ空間にいた人				
(5)飲食店	感染者と同じ時間帯に店舗内にいた人				
(6)区長会・自治会・民生委員等の活動	感染者と接触した疑いがある人				
(7)サークル活動	感染者と同じサークルで活動していた疑いがある人				
(8)公民館等の公共施設及び類似施設での活動及び利用	感染者と同じ時間帯に同じ空間にいた人				
(9)図書館・資料館等での活動及び利用	感染者と同じ時間帯に同じ空間にいた人				
(10)文化会館での活動及び利用	感染者と同じ時間帯に同じ空間にいた人				
(11)その他、町長が必要と認めたもの	()				
発生場所の詳細	ふりがな				
	名 称				
	所在地 (住所)				
	電話番号				
	感染者との 接触状況	<input type="checkbox"/> 1名の感染者、有症状者(発熱、咳などの風邪症状等)がいた。 <input type="checkbox"/> 複数名の感染者、有症状者がいた。 <input type="checkbox"/> その他 ()			

《確認事項》

住基	年齢	基礎疾患	発生状況