

新型コロナウイルス核酸増幅法検査（LAMP 法）における検査説明書

【保健所指示：濃厚接触者・無症状者用】

●検査を提供する機関

名 称：嘉麻赤十字病院

住 所：福岡県嘉麻市上山田1237番地

電 話：0948-52-0861

検査時間：平日14:00～15:00 完全予約制（土日祝日：不可）

予約受付：平日13:00～17:00 検査前日予約（土日祝日：不可）

●対象者について

濃厚接触者で無症状の方で、保健所より当院で検査を受けるよう指示があった方。
自家用車で来院できる方。

※予約日時については、保健所にて受け付けておりますので、当院ではご予約を受け付けることができません。

●検査費用（1回）

金額：無料

※全額公費になります。

●検査費用に含まれるサービス内容

検査分析（核酸増幅法検査〔LAMP 法〕）及び 検査結果証明書

●検査を実施する機関の種類

医療機関

●医師による診断の有無

有り

●陽性の際に診療を受けられる提携医療機関

有り

●検査の結果が陽性だった場合

医師により新型コロナウイルス核酸増幅法検査で陽性と診断された場合には、当院から検査結果について電話連絡いたしますので、当院の発熱外来を受診いただくこととなります。（当院への来院時間等は電話連絡時に説明いたします。）

●海外渡航用の陰性証明書の交付の可否

否

●検査（分析）方法

核酸増幅法検査（LAMP 法）

●検査結果（偽陽性・偽陰性）

遺伝子検査は 100%の精度ではなく、陽性でも陰性とする可能性、陰性でも陽性とする可能性も報告されています。

あくまでも検査当日の鼻咽頭ぬぐい液中のウイルス遺伝子の有無が確認できるものであり、検査時に検出され「陽性」でも数日後に検出されず「陰性」となる場合もあります。

また、検査時には検出されず「陰性」でも数日後に検出され「陽性」となる場合もありますので、感染予防が必要です。

●検体採取方法

鼻咽頭ぬぐい液

●検査結果報告

検査結果証明書は、翌開院日に普通郵便にて発送

●検査実施人数

1日 6人まで

●その他

- ・検査方法は「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)病原体検査の指針」に準拠しております
- ・精度の確保に係る責任者を配置しております。
- ・精度の確保に係る各種標準作業書・日誌等を作成しております。
- ・内部精度管理を行っております。
- ・外部精度管理調査の受検を行っております。
- ・行政より依頼があった場合には、疫学データとして行政への情報提供に利用する場合があります。

●検査の流れについて

検査日当日

- ①当院ホームページにて事前に検査説明書【保健所指示：濃厚接触者・無症状者用】をご確認いただき、できる限り「核酸増幅法検査（LAMP法）公費検査申込書」及び「新型コロナウイルス核酸増幅法検査（LAMP法）における同意書」を印刷し事前の記入のうえ、検査日当日にご持参いただきますようお願いいたします。
- ②電話予約時に保健所より指定された予約時間にご来院ください。
- ③駐車場に到着後、車内より当院（総合窓口）へ電話して下さい。
【0948-52-0861】（職員が受付のために伺います。）
 - ・保険証をお持ちください。
 - ・事前に記入された「核酸増幅法検査（LAMP法）公費検査申込書」及び「新型コロナウイルス核酸増幅法検査（LAMP法）における同意書」を提出願います。
- ④検体（鼻咽頭ぬぐい液）の採取を看護師が行います。
- ⑤検査結果証明書は、翌開院日に普通郵便にて発送いたします。
但し、陽性者については当日にお電話させていただきます。
※「核酸増幅法検査（LAMP法）公費検査申込書」には必ず連絡のつく電話番号を記入して下さい。
ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。
嘉麻赤十字病院 ☎0948-52-0861

※本検査はあくまでも無症状の方(自覚症状のない方)を対象とした検査です。
新型コロナウイルス感染症の自覚症状のある方は、この検査を受けることはできません。

核酸増幅法検査(LAMP 法)公費検査申込書

| | | | |
|--------------------------------------|---|---|--------|
| 検査日 | 令和 年 月 日 | | |
| フリガナ | | | 性別 |
| 氏 名 | | | 1 男 |
| | 2 女 | | |
| 生年月日 | 1. 大 2. 昭 3. 平 年 月 日 生 | | |
| 電話番号 | (携帯) | | |
| | (携帯以外) | | |
| ※陽性の場合、連絡を致しますので、確実に連絡がとれる番号をご記入下さい。 | | | |
| 住 所 | 〒 | | |
| 結果送付先 | ※住所と異なる場合のみご記入下さい | | |
| | 〒 | | |
| | 氏名 | | |
| お車について | 車種 | 色 | 番号 |
| | | | |

新型コロナウイルス核酸増幅法検査（LAMP法）における同意書

私は、「新型コロナウイルス核酸増幅法検査（LAMP法）における検査説明書」【保健所指示：濃厚接触者・無症状者用】に記載している事項を十分に理解し同意したうえで、嘉麻赤十字病院にて新型コロナウイルス核酸増幅法検査（LAMP法）を受検します。

嘉麻赤十字病院 院長 殿

同意年月日 令和 年 月 日

氏名（自署） _____

代筆者の氏名（自署）（続柄）

（本人が自署できない場合、代筆者が署名し本人との続柄を記載）

_____（ ）