

入院患者 ID :

入院患者氏名 :

入院 付き添い者の新型コロナウイルス検査 説明・同意書

当院では、感染拡大を防ぎ安心して付き添い入院をしていただくために、入院前に患者さんと同様に、付き添い入院をしていただくご家族の方にも新型コロナウイルス検査を実施させていただいています。

- 付き添い者は、原則として同居家族で発熱などの症状がなく、濃厚接触者に該当しない方としてください。
- 付き添い者は、入院前に新型コロナウイルス検査を行い、陰性を確認できたご家族等をお願いします。
- 検査費用として実費 4,000円 (税込み) を徴収させていただきます。
(検査は当院で実施します。)
- 付き添い者が変わる場合は、初回の付き添い時に検査を実施させていただきます。
- 付き添い者につきましては、交代を最小限の人数とし、感染防止対策の徹底をお願いします。

なお、今後の流行状況を鑑み適宜、取扱いを変更する場合があります。

最新情報につきましては、入院の際に案内させていただきますので、ご理解、ご協力をお願いします。

同 意 書

明石市立市民病院 病院長 殿

入院時の付き添い者の新型コロナウイルス検査について、上記内容に同意いたします。

令和 年 月 日

入院患者 氏名 _____

付き添い者 氏名 _____

入院患者との関係 _____

検査課記入欄	
検査結果	検査担当
()	