

## ご確認ください

注1 検査キットの配布は、「墨田区に在住し、かつ区内に住所があり」、合わせて「新型コロナウイルス感染症の感染が疑われる症状がある方（有症状者）」又は「新型コロナウイルス感染症の陽性者と接触があった方」が対象です。

注2 有症状者のうち、主に重症化リスクの無い方（基礎疾患及び肥満（BMI30 以上）の無い方、妊娠されている可能性が無い方）への配布を想定しています。重症化リスクのある方は医療機関へ受診の御相談をしてください。

注3 この申込書を事前に記載して、検査キットを配布する協力薬局に持参し、提出してください。  
※同居家族の代表者がまとめて受け取るなど、複数人分のキットの受け取りを希望する場合は、代表の方が「検査キット配布申込書」を御記入ください。

## 有症状者への抗原定性検査キット配布申込書

別添「有症状者への抗原定性検査キットの配布を希望する方への留意事項」を理解し、遵守すること誓約した上で、以下のとおり、配布を申し込みます。

申し込み日： 年 月 日

氏 名：

住 所：

生年月日： 年 月 日（ 歳） 性別（ 男・女・その他 ）

電話番号：

※日中の連絡先を記載してください。

希望検査キット数： 個

症状：該当する症状等にチェックをお願いします。

発熱    咳    喉の痛み    新型コロナウイルス感染症の陽性者との接触  
その他（ ）

下記は薬局記載欄 【COVID-19 抗原検査キット 配布記録】 \*当該記録は2年間保存

配布日時	令和 年 月 日（ ） 時 分		
製品名	クリニテストCOVID-19抗原迅速テスト		
配布数量	キット		
製造販売者名	シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社		
製造番号	使用期限		
情報提供した薬剤師			
情報提供の理解の確認	<input type="checkbox"/> 受領者は上記の検査キットに関する情報提供内容を理解しました。		
転売禁止事項の理解の確認	<input type="checkbox"/> 受領者は上記の検査キットに関する転売禁止の注意事項について理解しました。		

検査キットの配布を希望する方は、以下の留意事項等を必ず御覧いただき、内容を御理解いただいた上で、お申し込みください。  
※この用紙は、御自身で保管してください。

### 有症状者等への抗原定性検査キットの配布を希望する方への留意事項等

- 「墨田区在住かつ区内に住所があり」、合わせて「新型コロナウイルス感染症の感染が疑われる症状がある方（有症状者）」又は「新型コロナウイルス感染症の陽性者と接触があった方」が対象です。陰性を証明するための申込みはできません。
- 1回のお申込みにつき、一人当たり 1 キットの配布とし、1世帯（代表者）でのお申込みの場合は、原則1回4キットまでです。
- 検査キットを申し込んだ本人が必ず御使用ください。
- 検査キットの譲渡や販売・転売は、絶対にしないでください。
- 検査キットの使用方法など、検査方法については、検査キットに同封する説明書を御覧ください。

### 検査結果が陽性だった場合

この検査自体は確定診断にはなりません。  
症状が軽い方は、自宅等で療養を開始しましょう。  
症状が重くなったときは、医療機関に連絡して受診しましょう。

医師の判断で受診時に再度検査を行わず、この検査の結果を確定診断に用いる場合があります。そのため、検査結果をスマートフォンなどで画像として保存し、受診時（登録時）に提示できるようにしておいてください。

### 検査結果が陰性だった場合

この検査の結果が「陰性」でも、感染している可能性を否定するものではありません。マスク着用や手指消毒等、感染予防策を徹底し、症状が続いたり悪化したりした際には、医療機関を受診してください。