

※黄色セルに入力又は手書きをお願いします

抗原定性検査キット申込書

新型コロナウイルス抗原定性検査キットの配布を受けるにあたり、重症化リスクをおもちでないかご自身で確認いただき、お申込みください。

※重症化リスクがある方は医療機関を受診してください。

【重症化リスクの例】

65歳以上の高齢者、悪性腫瘍、慢性呼吸器疾患（COPD等）、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、脂質異常症、心血管疾患、脳血管疾患、肥満（BMI 30以上）、喫煙、固形臓器移植後の免疫不全、妊娠後半期、免疫抑制・調節薬の使用、HIV感染症

【以下、確認事項に☑】

上記を確認の上、申し込みます。

氏名(フリガナ)	
氏名(漢字)	
生年月日(西暦)	
年齢	歳 ※65歳以上の方はお申込みできません
住所	
電話番号	

(その他注意事項)

- ① 検査実施の際は、同封したチラシ、またはチラシに記載されたウェブサイトで検査方法をあらかじめご確認の上、自己責任で実施してください。□
- ② 検査の結果、陽性の場合は、かかりつけ医等身近な医療機関に電話で相談したうえで受診してください。受診する医療機関がわからない場合は、長野県のHPに掲載されている診療・検査医療機関に相談してください。
- ③ 陰性であっても、感染している可能性が否定されたわけではありませんので、症状が続く場合は外出を控え、また、症状軽快後もしばらくの間は基本的な感染対策を徹底してください。□
- ④ 検査キットの使用はあくまで自主的判断であり、検査や結果によって生じた損害については自己責任で対処してください。
- ⑤ 法律に違反するおそれがありますので、転売や譲渡目的で申込みないでください。