**COVID-19迅速抗原検査に関する同意書**

|  |
| --- |
| 生徒氏名： |
| 生徒生年月日： |
| 学校： |
| 保護者氏名： |
| 住所： |
| 電話番号： |

**以下のインフォームドコンセント通知をよく読み、COVID-19の検査に対する承認書に署名をしてください。**

1. 私は、上記氏名の生徒のCOVID-19検査が、Washington State Department of Health（ワシントン州保健省）の提供する<insert name of test>を使用して実施されることを理解し、この検査に関する*個人向けファクトシート*が提供されたことを認めます。
2. 私は、上記氏名の生徒が検査を受けられる機会は検査の供給量に応じて限りがあることを理解します。
3. 私は、この検査を実施する団体が上記氏名の生徒の医療提供者として行為しているのではないことを理解します。検査は医療提供者による治療に代わるものではありません。私は、質問や懸念のある場合、上記氏名の学生にCOVID-19の症状が見られた場合、上記氏名の生徒の症状が悪化した場合に、医療提供者やその他健康医療団体からの医学的な助言、手当、治療を求めるなど、検査結果に関して適切な措置を講じる全ての責任を負います。
4. 私は、他の医療検査と同様に、COVID-19の検査結果にも偽陽性や偽陰性が生じる可能性があることを理解します。
5. 私は、上記氏名の生徒の医療提供者に陽性の検査結果を通知することは自分の責任であること、また、その写しが自分のために上記氏名の生徒の医療提供者に送付されることはないことを理解します。
6. 私は、抗原検査の結果が15～30分で得られることを理解します。
7. 私は、抗原検査の結果で陽性となった場合、上記氏名の生徒に他者への感染を防ぐための自己隔離が必要であることを理解し、これを認めます。
8. 私は、この検査の目的、手順、危険性と利点の可能性について情報を提供されています。私は、

COVID-19検査に進む前に質問をする機会が得られます。私は、上記氏名の生徒がCOVID-19診断検査を継続することを私が希望しない場合、その検査を拒否できることを理解します。

1. 私は、公共の衛生安全を確保し、COVID-19の拡大を抑えることを目的として、

この検査結果が私個人の許可なく共有される場合があることを理解します。

1. 私は、この検査結果が法律で義務付けられたとおりに適切な公共保健衛生機関に開示されることを理解します。
2. 私は、この検査に対する私の同意を、検査実施前にいつでも取り消すことができることを理解します。

**COVID-19検査に対する承認／同意**

* 私は、上記氏名の生徒がCOVID-19検査を受けることを承認し、同意します。

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

保護者の署名 日付

* 私は、COVID-19検査を受けることに同意します。

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

生徒（18歳以上）署名 日付