

## 抗原簡易キットを使用した検査実施体制に関する確認書

- ① 検体検査に立会う職員が、研修を受講していることを確認して、リスト化しています。
- ② 抗原簡易キット等を使用した検査の結果が陽性となった場合に受診ができるよう、連携医療機関の協力を得ています。
- ③ 抗原簡易キットの選定・保管・使用に当たり、あらかじめ検査に関する技術的助言を連携医療機関から受けています。
- ④ 抗原簡易キットは、従業員等（※）に症状（発熱、せき、のどの痛み等）が現れた場合であって、事業所の責任者が事業運営上の見地から必要と認める場合に検査を実施するために購入します。  
（※）「従業員等」には、イベント、旅行の参加者等は含まれません。
- ⑤ 検査の実施は、当該事業所に所在する検査立会い職員の管理下において実施します。
- ⑥ 検査結果が陽性だった場合には、事業所の責任者が従業員等に直ちに提携医療機関を紹介します。
- ⑦ 検査結果が陰性だった場合でも、事業所の責任者が従業員等に直ちに自宅待機指示または連携医療機関等への受診勧奨をします。

以上①から⑦までについて間違いがないことを確認しました。

確認日：

令和 年 月 日

確認者（抗原簡易キット購入者）：

株式会社〇〇〇〇

確認者の住所：

〇〇県〇〇市〇〇

連携医療機関の名称：

〇〇〇〇診療所

連携医療機関の住所：

〇〇県〇〇市〇〇

連携医療機関の電話番号：

〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※あらかじめ連携医療機関の了解を得た上で記入してください



（裏面に続く）

確認者が法人である場合には責任者の役職及び氏名

役職：

(例) 総務部長

氏名：

〇〇〇〇

担当者の氏名と連絡先電話番号

担当者の氏名：

〇〇〇〇

連絡先電話番号：

〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇