**〇〇〇〇ウイルス（xxxx-xx）抗原検査結果通知書**

以下の通り検査結果を通知いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **受検者** | (フリガナ) |
|  |
| **性　別** |  |
| **生年月日** | 年　　　月　　　日　生 |
| **抗体採取日** | 年　　　月　　　日 |
| **検査日** | 年　　　月　　　日 |
| **検査方法** | 抗原定量検査　・　抗原定性検査　・　その他（　　　　　　　　） |
| **検査試薬名** |  |
| **検体** | だ液　・　鼻咽頭ぬぐい液　・　鼻腔ぬぐい液 |
| **有効期限** | 年　　　月　　　日 |
| **検査結果** | 陰性　・　陽性　・　判定不能（※要再検査） |
| **所　見** |  |
| **検査所名称** |  |
| **検査管理者** |  |

※　すでに「陽性」と診断されている方は当検査を受検できません。

※　検査結果が「陽性」だった場合は、すみやかに医療機関を受診してください。

※　受診先が見つからない場合は、市の保健所、あるいは県の保健福祉事務所に設置されて

いる受診相談センターに連絡してください。