

令和3年9月

保護者様

神戸市保健所
神戸市教育委員会

新型コロナウイルス検査(PCR検査)実施について

この度、新型コロナウイルス感染症の感染の有無について確認するために、唾液を用いた、PCR検査を実施しますのでお知らせします。下記の説明事項を読んでいただき、同意される場合に検査を受けていただきます(児童のみなさんの検査は、保護者の方の同意に基づき行います)。同意されない場合、検査は実施いたしません。

なお、当日児童ご自身が検査を強く拒否した場合は、検査を行いませんので、ご了承ください。

<検査について>

- ① 当日、職員が採取方法の説明を行いますので、ご自身で専用の容器に唾液を採取していただきます。
- ② 当日、発熱やかぜ様症状がある場合は、今回の学校での検査ではなく、医療機関への受診をお勧めしておりますので、学校に電話でご相談ください。
- ③ 検査結果は、学校よりご連絡させていただきます。ただし“陽性”の場合は神戸市保健所より、電話にて保護者様に報告しますので、連絡先を下記にご記入ください。

検査の結果が“陽性”の場合は、感染症法※1に基づき、就業制限および入院勧告を行います。
(感染症指定医療機関等または宿泊療養施設へ入院・入所していただきます。)

※1 感染症法:「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」

上記の説明を読んでPCR検査実施に

同意します ・ 同意しません

※どちらかに○をおつけください

令和 年 月 日

検査対象者 名前 (男女)(生年月日 年 月 日)

住所

保護者 名前

保護者連絡先(電話番号①)

保護者連絡先(電話番号②)

<お問い合わせ>

◇検査内容に関すること

教育委員会事務局学校支援部健康教育課
TEL:078-984-0696

◇症状等に関すること

中央保健センター
TEL:078-232-4411(内線 375~378)(8:45~17:15)