別紙２

確認書（体調不良者検査用）

①「医療従事者の不在時における新型コロナウイルス抗原定性検査のガイドライン」を確認した検査実施管理者を事業所内に置き、リスト化しています。

②抗原定性検査キット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連携医療機関を確保しています。

③抗原定性検査キットは、事業所内で体調不良となっている従業員等の検査にのみ使用します。

④検査の実施は、必ず検査実施管理者の管理下において実施します。

⑤抗原定性検査キットを使用した検査の結果が陽性となった場合、受検者を出勤停止としたうえで、連携医療機関へ受診させ、その受診結果を確認します。

⑥抗原定性検査キットを使用した検査の結果が陰性となった場合にも、受検者に対し、受検者の体調不良に係る対応として、受診または自宅における静養を指示します。

　以上、①から⑥までについて、間違いないことを確認しました。

確認日

　　令和　　年　　月　　日

確認者（事業所名）

確認者所在地

連携医療機関

所在地

名称

確認者における担当者

担当者氏名

連絡先電話番号

別紙２

記入例

確認書（体調不良者検査用）

①「医療従事者の不在時における新型コロナウイルス抗原定性検査のガイドライン」を確認した検査実施管理者を事業所内に置き、リスト化しています。

②抗原定性検査キット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連携医療機関を確保しています。

③抗原定性検査キットは、事業所内で体調不良となっている従業員等の検査にのみ使用します。

④検査の実施は、必ず検査実施管理者の管理下において実施します。

⑤抗原定性検査キットを使用した検査の結果が陽性となった場合、受検者を出勤停止としたうえで、連携医療機関へ受診させ、その受診結果を確認します。

⑥抗原定性検査キットを使用した検査の結果が陰性となった場合にも、受検者に対し、受検者の体調不良に係る対応として、受診または自宅における静養を指示します。

　以上、①から⑥までについて、間違いないことを確認しました。

確認日

令和○○年○○月○○日

確認者（事業所名）

　　株式会社○○○○

検査キットを希望する事業所の名称と所在地を記入してください

確認者所在地

　　戸田市○○　〇－〇－〇

連携医療機関

②で確保した連携医療機関の所在地と名称を記入してください

　　所在地　戸田市○○　〇－〇－〇

　　名称　　○○〇〇病院

確認者における担当者

担当者氏名　　　○○　○○

事業所における担当者の氏名と連絡先電話番号を記入してください

連絡先電話番号　○○○－〇○○○