

抗原定性検査キット配布申込書

- 配布された検査キットを用いて、自ら検査した検査結果が陽性だった場合、福岡県陽性者登録センターへ報告することで、医療機関を受診することなく、陽性と確定診断ができるようになりました。
- 配布することができる対象者は、以下のチェック項目のすべてに該当した方のみになります。
- 配布を希望される方は、以下の内容をご記入のうえ、受診に来られた医療機関の方へお渡しください。

【本人記入欄】

記入日: 令和 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日			
氏名			昭和・平成 年 月 日			
住所	〒 -					
電話番号	(自宅) - -	(携帯)	-	-		

<チェック項目>

- 1) 住民票の住所が福岡県内である。
- 2) **65歳未満 40歳未満** である。ただし、小学4年生以上。 【変更】
- 3) 基礎疾患などの危険因子※を持たない。

※基礎疾患などの危険因子とは

悪性腫瘍、慢性呼吸疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、脂質異常症、心血管疾患、脳血管疾患、肥満(BMI:30以上)、喫煙、固形臓器移植後の免疫不全、妊娠後期(28週0日から) 免疫抑制・調整薬の使用、HIV感染症

- 4) 新型コロナウイルスワクチンを2回以上接種済みである。
- 5) 発熱、咽頭痛、倦怠感、体調不良など症状がある(有症状)。
- 6) 以上の項目すべてに該当し、検査キットの受け取りを希望します。

【医療機関記入欄】

本人確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()		
医療機関名		確認者	