

長崎北病院 コロナ検査のご案内

当院はコロナ禍において地域の病院・診療所、介護施設等のコロナ検査（抗原定量検査）をサポートさせていただき、診療や施設運営のご支援をしたいと考えています。
以下のような目的でコロナ検査を必要とされる場合は、当院担当までご相談ください。

【 検査目的 】

1. 介護施設入居時のスクリーニング検査依頼
2. 在宅医の検査依頼

※一般の患者さんの検査は、当面はできません。

【 ご利用の流れ 】

①受付

別紙「診療申込書兼コロナ検査申込書」の必要事項を記載し、下記担当窓口へ電話連絡の上、検査希望日の前日 16 時までに FAX してください。

※患者情報の誤登録防止のために、保険証の写しもご準備ください。

②検体採取

検査キットを病院受付へ取りに来ていただき、検体（鼻咽頭拭い）を採取してください。

③検体の持込み

採取した検体は、検査日の午前は 10 時まで、午後は 16 時までに病院受付へご持参ください。
（検体採取から提出までは 24 時間以内、冷蔵庫保管をお願いします）

※検体採取や搬送方法で不明点は遠慮なくお尋ねください。

④結果通知

下記のとおり、申込記載者の連絡先へ担当から結果についてご連絡させていただきます。

曜日	検体受付時間		結果報告時間
月～金	午前	10時まで	12時00分
	午後	16時まで	17時30分
土	午前	10時まで	12時00分
日・祝日	検査対応しておりません		

※結果報告時間はおおよその目安の時間です。

当日の検査数により前後することを予めご了承ください。

⑤請求・支払い

申込書記載の請求先へ、下記金額を請求させていただきます。

1. 介護施設入居時のスクリーニング検査：1 検査あたり税込 7,000 円
2. 在宅医の検査依頼：1 検査あたり税込 6,000 円

【 担当窓口 】

- ・受付：医事課外来担当
- ・検査に関する問い合わせ：検査室

住 所：長崎県西彼杵郡時津町元村郷 800 番地
電 話：095-886-8700 FAX：095-886-8701

長崎北病院 医事課外来担当者あて

(FAX 095-886-8701 TEL095-886-8700)

診療申込書 兼 コロナ検査申込書

施設名

所在地

医師名及び
依頼者名

電話番号

FAX番号

当院受診歴	当院を受診されたことがありますか？	はい ・ いいえ	
ふりがな		性別	男 ・ 女
患者氏名		生 年 月 日	T S 年 月 日 H R 歳
住所	〒	電話番号	
		メールアドレス	
検査希望日	年 月 日 (曜日) 検体持参時間 時 分 予定		
結果連絡先 ☑を付けてく ださい	<input type="checkbox"/> 電話番号	<input type="checkbox"/> FAX	
	<input type="checkbox"/> メールアドレス		

注1. 検査希望日の前日16時までに本申込書をFAXください

注2. 患者情報の誤登録防止のために、保険証の写しもFAXください