

COVID-19 検査同意書

Japanese

親または保護者の方が記入して下さい

親/保護者情報

検査結果は、書面で通知されます

親/保護者 氏名:			
親/保護者 携帯電話番号:			
親/保護者 メールアドレス:			
生徒情報			
生徒氏名:			
自宅住所:		市:	
ZIPコード:		郡:	
生年月日: (MM/DD/YYYY)		学年:	
生徒氏名:			
自宅住所:		市:	
ZIPコード:		郡:	
生年月日: (MM/DD/YYYY)		学年:	
生徒氏名:			
自宅住所:		市:	
ZIPコード:		郡:	
生年月日: (MM/DD/YYYY)		学年:	

同意内容

このフォームに記入し学校に提出することにより、私が上記の生徒の保護者であること、また**2020-2021**年度に鼻咽頭拭い液による**COVID-19**検査を受けさせることに同意します。**COVID-19**検査は、以下の2つの状況で生徒に提供される可能性があります。(1) 生徒が学校にいる間に**COVID-19**の新しい症状を発症した場合、(2) 生徒が学校の集団生活の中で**COVID-19**に晒され、地元の保健局が検査を推奨した場合。私は、上記の一つまたは両方に（下記でチェックすることにより）同意します。

私は、生徒に対する**COVID-19**検査が任意であること、また、私が同意を拒否することができること、その場合は私の子供は検査を受けないことを理解しています。私は、子供が体調不良の場合、学校を休ませなければならないことを理解しています。

私は、学校が生徒の医療提供者としての役割ではないこと、またこの検査が生徒の医療提供者による治療に取って代わるものではないこと、そして、私が生徒の検査結果に対して適切な行動を取る完全かつ全面的な責任を負うことを理解しています。私は、私の子供に対する医療上の助言、ケア、および治療を医療機関に求めることは私の責任であることを理解しています。

私は、**COVID-19**の検査結果が偽陰性になる可能性があること、また、検査結果が陰性であっても**COVID-19**に感染している可能性があることを理解しています。また、私の子供が**COVID-19**に陽性反応を示した場合、法律で定められている通り、検査結果が地元の保健局へ報告されることを理解しています。

個人の健康情報は、法律で義務付けられている場合を除き、書面による同意なしに公開されることはありません。

- 私の子供が学校で**COVID-19**の新しい症状を発症した場合、検査を受けさせる許可を与えます。
- 私の子供が学校の集団生活の中で**COVID-19**に晒され、地元の保健局が検査の推奨をした場合、検査を受けさせる許可を与えます。

保護者署名

日付