

海外渡航者新型コロナウイルス PCR 検査のお知らせ

新型コロナウイルス PCR 検査陰性証明書の提出が求められる海外渡航者に対して、自由診療にて唾液による PCR 検査を行っています。

検査対象者

- ・健康な方かつ唾液（1.0～1.5 ml）を自分で採取できる方 乳幼児はご連絡下さい
- ・海外渡航のために新型コロナウイルス PCR 検査陰性証明書が必要な方
- ・有効期間内のパスポートを持っている方
- ・陽性の場合、公共交通機関を利用せずに自宅等に帰宅できる方
- ・検温や問診の結果によりその日の PCR 検査をお断りさせていただく場合がございます。あらかじめご理解、ご了承ください。

検査方法 リアルタイム RT-PCR 法
※ 唾液（自己採取）のみ対応しています

検査料金 30,000 円（税込）

- ※ クレジットカードのみご利用になれます（現金取扱い不可）
- ※ 料金には、検査料と英文陰性証明書（1 枚）の発行料が含まれています
陰性証明書を複数枚ご希望の方は当クリニック窓口にてお申し出下さい（追加 1 枚につき 5,500 円（税込））
- ※ 陽性の場合、検査料金の返金ならびに陰性証明書の発行は致しません
- ※ 領収書は日本語のみの対応となります
- ※ 自由診療のため保険適用外となります

検査日時 全日 09：00～11：00
13：00～14：00

予約方法 お電話でのご予約となります（TEL：072-456-6220）

(問い合わせ先) 年中無休 09：00～17：00

- ※ 完全予約制のため、必ず事前にお電話にてご予約下さい
- ※ 各国の渡航要件はご自身の責任でご確認下さい
最新の各国渡航要件の確認については、外務省海外安全ホームページをご確認いただくか、各国大使館やご利用予定の航空会社へお問い合わせください

当日の手順

- ① 関西国際空港 第1ターミナルビル 2F 関空クリニック手前(5mほど)PCR検査センター受付へお越し下さい。
- ② 受付時、パスポートによるご本人確認・検温・問診票の記入・検査料金のお支払いを頂きます。
- ③ その後、医師による問診・検体採取(唾液・自己採取)の為、当クリニックまでお越し下さい。当クリニックにて問診票の確認を行い、医師による問診・検体採取(自己採取)をします。(ご本人確認のため、パスポートをご用意下さい)

- ※ PCR検査センター受付および当クリニックの位置は、別紙ご参照下さい
- ※ 検査30分以上前から飲食・ガム・歯磨き・うがい・たばこ等はお控え下さい
- ※ 検体採取時に口紅が混じると、検査に影響を与え再検査になる可能性があります
口紅はできるだけお控え下さい

結果通知

当日の受付から最短3時間で結果を通知します。
結果はお電話にてお知らせ致します。

- ※ 検査の状況次第では、結果通知まで時間を要する場合があります。結果通知がご予約便までに間に合わない場合、ご自身で航空会社や旅行代理店にご連絡の上、予約変更・キャンセル等の手続きを実施頂くこととなります。乗り遅れや予約変更・キャンセルに伴う費用や損害について、補償等は一切応じかねますので予めご了承下さい。

【陰性の場合】

- 2F 関空クリニック手前(5mほど)PCR検査センター受付までお越し下さい。陰性証明書をお渡し致します。

【陽性の場合】

- 陽性診断時の場合、公共交通機関を除く移動手段(自家用車もしくはご家族・知人等のお車等)をご自身で確保した上で自宅等へ戻り、保健所の指示に従うこととなります。その場合の費用は自己負担となります。

令和4年9月26日より、行政の規定に基づき病院から保健所への届出の対象が、

- ① 65歳以上の方
- ② 新型コロナ治療が必要な重傷化リスクのある方
- ③ 妊娠している方 となりました。

上記以外の方は、ご自身にて陽性者の登録が必要となります。詳しくは、参考として大阪府の「新型コロナウイルス感染症の陽性者となった場合の対応について」をご確認ください。

<https://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/osakakansensho/youseisyataiou.html>

【再検査の場合】

- 検査結果により、再検査が必要となる場合がございます。その場合、更に時間を要し、結果通知ならびに陰性証明書の交付が翌日 09:00 以降になる場合があります。
- ※ 同一検体を使用し再検査をしますが、再度の検体採取のためご来院頂く場合もあります。

注意事項

- ✓ 感染防止のため、マスク着用にてご来院下さい。
- ✓ パスポートは検査当日、及び検査結果と陰性証明書の受け取り時に必要になります。
- ✓ 未成年者の場合は、検査当日は保護者同伴でご来院、もしくは、HP よりダウンロードした保護者の署名済みの PCR 検査同意書を事前にご用意してお越してください。

陰性証明書

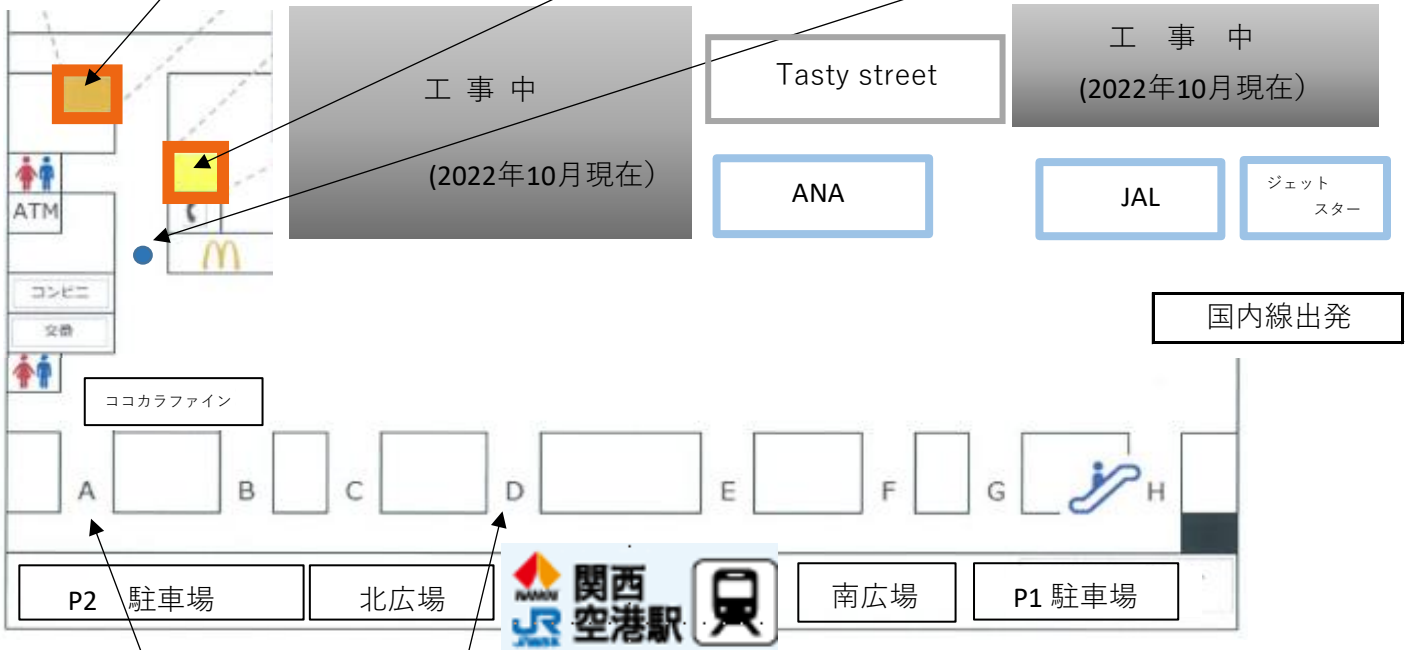
当院で発行可能な陰性証明書フォーマットは次頁です。

渡航先により必要な記載項目が異なる場合や、専用フォーマットへの記載が必要となる場合は、お受けできかねます。万一、陰性証明書の記載内容不備等で渡航できなかった場合の補償は致しかねますので、各国大使館や外務省ホームページをご自身でご確認下さい。当クリニックでは各国の渡航条件等はお答え致しかねます。

関西国際空港クリニック 地図
 関西国際空港第1ターミナル旅客ターミナル2階北

関西国際空港クリニック

PCR検査センター受付



P2駐車場から見た入口

関西空港駅から見た入口



COVID-19 に関する検査証明書

Certificate of Testing for COVID-19

氏名 Name _____ 交付年月日 Date of issue _____
 パスポート番号 Passport No. _____

国籍 Nationality _____ 生年月日 Date of Birth _____ 性別 Sex _____

上記の人の COVID-19 に関する検査を行った結果、その結果は下記のとおりである。
 よって、この証明を交付する。

This is to certify the following results which have been confirmed by testing for
 COVID-19 conducted with the sample taken from the above-mentioned person.

採取検体 Sample	検査法 Testing for COVID-19 (Sysmex TO-1, Sysmex Detect Amp SARS-CoV-2 RT-PCR Kit)	結果 Result	① 決定年月日 Result Date ② 検体採取日時 Sampling Date and Time	備考 Remarks
唾液 Saliva	核酸増幅検査 (real time RT-PCR法) nucleic acid amplification test (real time RT-PCR)	陰性 Negative	① 2021 ② 2021 AM :	

医療機関名 Medical institution Kansai International Airport Clinic
Kindai University Faculty of Medicine
 住所 Address of the institution 1, Senshu-Kuko Kita, Izumisano, Osaka
549-8681, Japan
 電話 Telephone Number +81-72-456-7185

医師名 Signature by doctor _____

PCR 検査同意書

陽性の場合、公共交通機関を利用せずに自宅等へ帰宅できる方のみ受検頂けます。
同意できない項目がある場合は、検査を受検できません。

- この検査は 100% 確実なものではないこと、結果は検体を採った時点でのものであり渡航時点での感染の有無を証明するものではないことを理解していますか？
 はい いいえ
- 検査後の代金の返金は求めません。
 はい いいえ
- 検査結果の遅延等(再検査を含む)による搭乗遅れに伴う費用及びその損害について、補償がない旨に同意します。
 はい いいえ
- 検査結果に関わらず、入国の可否や入国後の行動制限などは、渡航相手国の規定と判断で行われることを了承します。
 はい いいえ
- 陽性時は、公共交通機関を除く移動手段をご自身で確保した上で自宅等へ戻り、保健所の指示に従うことに同意します。その場合の費用も自己(利用者)負担します。
 はい いいえ
- 本検査の受検のために提供した個人情報(検査結果等含む)が利用されること。また、万一陽性の場合、法令に基づき陽性結果を保健所等に提供することに同意します。
 はい いいえ

上記に記載間違いのないことを確認し、海外渡航者唾液 PCR 検査を受けることに同意します。

記入日 西暦 年 月 日

住所 〒

必ず連絡のつく電話番号

署名(本人直筆)

※検査希望者が未成年の場合は、保護者の方が上記を記入し、この下にサインしてください。

代諾者(保護者/親族等) 氏名(本人直筆):

続柄:

受診当日問診表

以下の項目にご記載をお願いします

日時 年 月 日 時

フリガナ

氏名	直近の体温を測った時間 時 分 体温 °C
生年月日 年 月 日生 (歳)	

発熱 (4日以内) (日時、最高体温) 月 日 時 °C

症状 (4日以内、該当するものに○)	なし	あり
熱感・悪寒		
風邪症状 (咳、痰、鼻水、咽頭痛、頭痛など)		
息苦しさ、息切れ、胸痛		
倦怠感、疲労感		
下痢		
味覚、嗅覚の異常		

5日間以内、該当するものに○	なし	あり
新型コロナウイルス感染者との接触		

過去に新型コロナウイルス陽性と診断されましたか？ 診断された方のみ記載してください 診断日 (年 月 日)	はい	いいえ
新型コロナウイルスのワクチンを打ちましたか？ 接種した方のみ記載してください 接種回数 (回) 最終接種日 (年 月 日)	はい	いいえ

医師の判断により、検査を受けていただけない場合がございます
新型コロナウイルス感染の拡大に伴い、悪しからずご了承ください

個人情報に配慮し、終了後は直ちに廃棄いたします