

高医発第84号
2高健対第631号
令和2年7月29日

医療機関管理者 各位

一般社団法人 高知県医師会会長
岡 林 弘 毅
(公印省略)

新型コロナウイルス感染症医療調整本部長
(健康政策部長)
鎌倉 昭 浩
(公印省略)

新型コロナウイルスに係る検査協力医療機関の契約締結について

日頃は、本県の新型コロナウイルス感染症対策にご協力いただき感謝いたします。

新型コロナウイルスの検査をとりまく状況については、唾液検体によるPCR検査が保険適用されるとともに、民間検査会社による医療機関からの受託検査が開始されるなど、大きく変化しています。

こうした状況や会員の皆様のご要望を踏まえ、県医師会と県で協議を重ねた結果、自院で診察・検体の採取を行う可能性のある医療機関を別紙のとおり「検査協力医療機関」として位置付けることにより、日常診療において検査を円滑に行えるようにいたします。

検査協力医療機関として県及び高知市との契約に承諾していただける医療機関につきましては、委任状を県医師会事務局宛に送付していただきますようお願いいたします。

委任状送付先

〒780-8514 高知市丸ノ内1丁目7番45号総合あんしんセンター4F
一般社団法人高知県医師会

また、新型コロナウイルスの外来診療体制については、平常時（感染者が少数または発生していない時期）と流行時（多数の感染者が発生している時期）とで検査の需要が大きく異なります。このため検査体制は、県内の新規患者発生状況等を踏まえ適時柔軟に変更することが重要です。たとえば、流行時には、郡市医師会と保健所が連携し、臨時的に県内にドライブスルー方式の「検査センター」を設置することなども想定されます。

県医師会と県におきましては、今後国から示される通知等も参考にし、患者等が大幅に増加した場合の外来診療体制について検討いたします。その際、郡市医師会や保健所等を通じてアンケート等が実施されることが想定されますので、ぜひご協力いただきますようお願いいたします。

1 概要

新型コロナウイルス感染症は発熱、呼吸器症状（咳嗽、咽頭痛、鼻汁、鼻閉など）、頭痛、倦怠感、下痢、嘔吐など多彩な症状を呈します。

季節性インフルエンザが流行する時期を迎えるに先立って、こうした症状の患者を診察する可能性がある医療機関は、必要な感染防止対策を講じたうえで、自院で診察・検体の採取を行えるようにすることが重要です。県医師会と県及び高知市としては、こうした症状の患者を診察する可能性がある医療機関は「検査協力医療機関」として地域医療を支えていただきたいと思います。

2 今後の検査体制

これまで医療機関からのPCR検査依頼については、県・高知市が合同で設置する「新型コロナウイルス健康相談センター」で受け付け、帰国者・接触者外来等で検体採取をし、県衛生環境研究所でPCR検査を実施してまいりました。

しかし、8月1日以降は、医療機関の利便性を考慮し、検査協力医療機関から民間検査会社に直接検査依頼することを可能とします。県医師会及び県は、本県に営業所をもつ民間検査会社と協力し、検査協力医療機関からゆうパックや民間検査会社による集荷により、直接民間検査会社に依頼できるようにいたします。現時点で対応可能な民間検査会社からの案内については、参考資料1～3をご覧ください。

なお当面の間は、経過措置として、「新型コロナウイルス健康相談センター」でPCR検査の依頼を受け付け、帰国者・接触者外来等で検体採取をし、県衛生環境研究所でPCR検査を実施する運用も継続します。その際は「行政検査依頼票」（様式1）をご利用ください。

3 検査協力医療機関の手続きと県民への周知

検査協力医療機関になっていただける場合は、県及び高知市と委託契約（医師会員にあっては県医師会に委任状を提出することによる集合契約）を締結していただきます。

検査協力医療機関の一覧は、県のホームページ上に、医療機関名、所在地、電話番号等を掲載します。県民の皆様には「検査協力医療機関を受診する際は、あらかじめ電話で受診可能かを問い合わせたうえで、マスク等をして受診すること」等を周知します。

さらに、検査協力医療機関で、個人防護具を入手することが困難となった際、県医師会及び県が優先的に個人防護具の確保につとめます。

4 新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS：ハーシス）

検査協力医療機関はHER-SYSを利用していただくこととします。検査協力医療機関として県医師会に委任状を提出した医療機関については、順次高知市保健所及び県福祉保健所からログインIDとパスワードを配布します。

HER-SYSは、新型コロナウイルス感染者等の情報を電子的に入力、一元的に管理し医療機関・保健所・都道府県等の関係者間で共有する国のシステムです。安全な環境の下、イン

ターネットを経由して情報をクラウド上に蓄積します。検査の実施状況や発生届の提出をオンラインで行うことが可能になります。HER-SYS はインターネットにアクセスできる環境があれば使用することができ、特殊な機器は必要ありません。

HER-SYS については以下の URL をご覧ください。また、今後 HER-SYS の利用方法に関する説明会も開催する予定です。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000638149.pdf>

なおインターネットにアクセスできる環境がない等の事情により HER-SYS を使用することができない医療機関につきましては、最寄りの保健所にご相談ください。

5 検査対象

検査協力医療機関が行う検査の対象は「医師が総合的に判断して新型コロナウイルス感染症を疑う方」です。検体採取方法や検査方法によって、適用となる条件が異なりますので県健康対策課ホームページをご確認ください。

<https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/130401/2020042400178.html>

6 保険請求

検査協力医療機関が民間検査会社に委託したり、院内で検査したりする場合は「医療保険を用いる行政検査」として取り扱われます。検査費用は保険請求していただきますが、患者自己負担部分については、後日県及び高知市から社会保険診療報酬支払基金や国民保険連合会を通じて、医療機関に支払われますので、患者本人には請求しないでください。

問い合わせ先

高知県健康政策部健康対策課

TEL : 088-823-9677

E-mail : kansensyou@ken.pref.kochi.lg.jp

委任状

代理人：一般社団法人高知県医師会会長

令和2年 月 日

委任者：

医療機関名※			
郵便番号※			
医療機関住所※			
電話番号※			
代表者氏名	印		
備考1※			
備考2			
メールアドレス	@		
HER-SYS利用者	氏名(漢字)	氏名(ひらがな)	電話番号
利用者①			
利用者②			
利用者③			
利用者④			
利用者⑤			
利用者⑥			

※印の記載事項は県ホームページに掲載することを予定しています。広く受診者に周知したい事項(対応可能な曜日、時間帯等)は備考1に、県医師会及び県と共有したい情報は備考2にご記入ください。また、ご登録いただいたメールアドレスには県医師会及び県から、新型コロナウイルス感染症に関する情報をお送りいたします。

保健所からHER-SYSのログインIDとパスワードをお知らせするために、貴院におけるHER-SYS利用者の氏名(漢字とひらがなの両方を記入してください。)と認証のための電話番号(HER-SYSにログインする際に利用可能な電話)をご記入ください。一医療機関あたり最大6名の利用者を登録できます。ログインIDとパスワードは、ご登録いただいたメールアドレスに順次お送りいたします。

当院は、一般社団法人高知県医師会会長に対し、「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取扱いについて」(令和2年3月4日健感発0304第5号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)(その後改正を含む。以下「行政検査通知」という。)に規定された行政検査の実施に係る委託契約に関する下記1の権限を委任するとともに、下

記2～4の事項を承諾します。

記

- 1 高知県及び高知市との行政検査に係る委託契約を締結、変更並びに解約及び解除に関する一切の事項
- 2 行政検査に係る委託契約内容を公表すること
- 3 行政検査を実施する場合の厚生労働省が運営する新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）への必要事項を入力すること
- 4 下表の検体の種類、検査方法の行政検査を実施すること。また、以下に示す該当する検査区分の要件を満たすこと。

検体の種類	検査方法	実施する検査に○を記載してください	要件
唾液検体	PCR 検査		区分1
	抗原検査		
鼻咽頭拭い液検体等* (唾液検体を除く)	PCR 検査		区分2
	抗原検査		

* 鼻腔ぬぐい液検体（患者自己採取）の区分については追って通知します。

区分1 行政検査通知に規定されたPCR検査（唾液）又は抗原検査（唾液）に係る検査を実施するための要件として掲げられている事項

- (1) 疑い例が新型コロナウイルス感染症以外の疾患の患者と接触しないよう、可能な限り動線を分けられている（少なくとも診察室は分けることが望ましい）こと（注）
- (2) 必要な検査体制が確保されていること
- (3) 医療従事者の十分な感染対策を行うなどの適切な感染対策が講じられていること。具体的には、以下のような要件が満たされていることであり、詳細は、「新型コロナウイルス感染症が疑われる者等の診療に関する留意点について（その2）」（令和2年6月2日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部事務連絡）を参照すること。
 - 1) 標準予防策に加えて、飛沫予防策及び接触予防策を実施すること。
 - 2) 採取された唾液検体を回収する際には、サージカルマスク及び手袋を着用すること。

区分2 行政検査通知に規定されたPCR検査（喀痰、鼻咽頭拭い液等の唾液以外の検体）又は抗原検査（鼻咽頭拭い液）を実施するための要件として掲げられている事項

- (1) 疑い例が新型コロナウイルス感染症以外の疾患の患者と接触しないよう、可能な限り動線を分けられている（少なくとも診察室は分けることが望ましい）こと（注）

- (2) 必要な検査体制が確保されていること
- (3) 医療従事者の十分な感染対策を行うなどの適切な感染対策が講じられていること。具体的には、以下のような要件が満たされていることであり、詳細は、「新型コロナウイルス感染症が疑われる者等の診療に関する留意点について（その2）」（令和2年6月2日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部事務連絡）を参照すること。
 - 1) 標準予防策に加えて、飛沫予防策及び接触予防策を実施すること。
 - 2) 採取された唾液検体を回収する際には、サージカルマスク及び手袋を着用すること。
 - 3) 鼻腔や咽頭から検体を採取する際には、サージカルマスク等、眼の防護具（ゴーグル又はフェイスシールド）、ガウン及び手袋を装着すること。
 - 4) エアロゾルが発生する可能性のある手技（例えば気道吸引、下気道検体採取等）を実施する場合は、N95 マスク（またはDS2 など、それに準ずるマスク）、眼の防護具（ゴーグル又はフェイスシールド）、ガウン及び手袋を装着すること。

注) 動線を分ける方法としては、診察時間帯の区別、院外・車越し診察といった方法もありますので、医療機関の構造に応じて柔軟にご対応ください。

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 15 条に基づく調査に関する事務契約書

行政検査（PCR 検査又は抗原検査）の実施に係る診療報酬の算定要件に該当する場合において、受診者の自己負担の軽減のための措置に関する事務について、高知県（以下「甲」という。）及び高知市（以下「乙」という。）から契約に関する権限の委任をうけた高知県知事と行政検査（PCR 検査又は抗原検査）の実施を希望する別紙記載の医療機関（以下、各医療機関を個別に「丙」という。）及び丙から行政検査の委託契約に関する権限の委任を受けた一般社団法人高知県医師会（以下「丁」という。）は次の通り契約（以下「本契約」という。）を締結する。なお、本委託契約書は「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取扱いについて」（令和 2 年 3 月 4 日健感発 0 3 0 4 第 5 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知。以下「行政検査通知」という。）が改正された場合には、本契約の当事者間で別途合意する場合を除き、当該通知の改正に基づく見直しがされたものとみなすものとする。

第 1 条 甲及び乙は、丙が PCR 検査（「SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出」に係る診療報酬の算定要件に該当する場合に限る。）又は抗原検査（「SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出」に係る診療報酬の算定要件に該当する場合に限る。）を行った場合に、受診者の PCR 検査料（「SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出」）及び検体検査判断料のうち微生物学的検査判断料（初再診料などは含まない。）に係る自己負担に相当する金額又は抗原検査料（「SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出」）及び検体検査判断料のうち免疫学的検査判断料（初再診料などは含まない。）に係る自己負担に相当する金額の補助を行うものとする。

第 2 条 甲、乙及び丙の金銭の授受は、社会保険診療報酬支払基金又は高知県国民健康保険団体連合会を介して行うこととする。

第 3 条 丙は、PCR 検査（「SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出」に係る診療報酬の算定要件に該当する場合に限る。）又は抗原検査（「SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出」に係る診療報酬の算定要件に該当する場合に限る。）を実施した場合には、甲又は乙に報告することとする。なお、当該報告は、やむを得ない事情がある場合を除き、丙が「新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム」（以下「HER-SYS」という。）に入力することにより行うこと。この場合において、丙は、原則として、検体採取日当日中に「氏名」、「検体採取日」、「検査方法」、「検体」の項目を、検査結果判明日当日中に「結果」の項目を HER-SYS に入力すること。また、甲及び乙は、丙からの請求内容について疑義がある場合には、丙に対して必要な書類の提出等を求める

ことができる。

第4条 丙は、本補助事業の対象に係る受診者に対して、PCR検査料（「SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出」）及び検体検査判断料のうち微生物学的検査判断料（初再診料などは含まない。）に係る金額又は抗原検査料（「SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出」）及び検体検査判断料のうち免疫学的検査判断料（初再診料などは含まない。）に係る金額について、医療保険各法の規定による医療又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）の規定による医療に要する費用の額の算定方法の例により算定した当該医療に要する費用の額の合計額から医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額に係る受診者の自己負担額（他の公費負担医療との適用順については、感染症法第37条に基づく公費負担医療と同様の取扱いとする。なお、同条に基づく公費負担医療と当該補助事業については、同条に基づく公費負担医療の適用を優先する。）を受診者に支給するものとする。その際、受診者の自己負担額と相殺することも差し支えないものとする。

第5条 丙は、PCR検査又は抗原検査を実施するに当たり、適切な感染対策の実施など、行政検査通知（その後の改正を含む。）に規定された「帰国者・接触者外来及び帰国者・接触者外来と同様の機能を有する医療機関として都道府県等が認めた医療機関」として新型コロナウイルス感染症に係る検査を実施するための要件を遵守する。甲は、丙が本条に違反した場合、又は、本条に規定する要件を満たしている旨の契約締結時の丙の表明が虚偽若しくは不正確である場合には、直ちに丙との間の本契約を解約又は解除し、別紙の「実施医療機関一覧表」を修正することができる。その場合には、甲は修正した別紙の「実施医療機関一覧表」を乙及び丁に通知する。

第6条 丁は、丙から、行政検査の委託契約に関する権限の委任を受けるに当たり、丙が前条に規定する適切な感染対策が講じられていること等の要件を満たしている旨を表明していることを確認する。また、本契約が締結されたことをもって、丁が甲及び乙に対して丙による上記の表明を伝達したものとみなされるものとする。

第7条 丁は、本委託契約締結後に新たに他の医療機関から本契約の締結について委任を受けた場合、又は、丙から本契約を解約する旨の申し出を受けた場合は、別紙の「実施医療機関一覧表」を修正し、甲及び乙に通知するものとする。この場合には、甲及び乙が別段の異議を述べない限り、当該通知がされた日をもって、別紙の「実施医療機関一覧表」の変更の効力が生じ、当該変更の対象である医療機関との間で本契約の締結又は解約の効力が生じるものとする。

第8条 本契約は、本契約締結日にかかわらず、令和2年4月1日以降に実施した診療分から適用する。ただし、同年3月診療分のうち、行政検査（PCR検査）に係る診療報酬

が同年5月22日時点で未請求であり、同日以降に当該診療報酬の請求が行われるものについても、適用する。

本契約の締結を証するため本書3通を作成し署名捺印の上各々1通を所持するものとする。

令和2年 月 日

甲 高知県
契約担当者 高知県知事 濱田 省司

乙 高知市
代表者 高知市長 岡崎 誠也

乙の代理人 高知県知事 濱田 省司

丁 丙の代理人
一般社団法人高知県医師会
会長 岡林 弘毅

別紙 実施医療機関一覧表

医療機関名※	郵便番号※	住所※	電話番号※	代表者氏名	委託内容				備考1※	備考2	メールアドレス
					PCR検査 (唾液)	抗原検査 (唾液)	PCR検査 (喀痰、鼻咽頭拭い液等の唾液以外の検体)	抗原検査 (鼻咽頭拭い液)			

※印の記載事項は県ホームページに掲載

高知県衛生環境研究所長 宛

ふりがな		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日 () 歳
氏名				
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	TEL		
住所		保健所等	※高知県衛生環境研究所記載欄 高知市・安芸・中央東・中央西・須崎・幡多	
主訴 (発症日)	1			(発症日)
	2			(発症日)
	3			(発症日)
現病歴				
既往歴	発症日と治療終了日がわかるように記載してください(基礎疾患がある場合は該当するものに☑を入れてください) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(COPD等) <input type="checkbox"/> 透析療法中 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤加療中 <input type="checkbox"/> 抗がん剤加療中 <input type="checkbox"/> その他 []			
検査情報	各種迅速検査の実施状況及び結果(新型コロナウイルス感染症を鑑別するために、必要な検査のうち貴院にて実施可能なものを行ってください。実施した検査には☑を入れてください) <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン(所見:) <input type="checkbox"/> 胸部CT(所見:) <input type="checkbox"/> WBC() <input type="checkbox"/> CRP() <input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ(+/-) <input type="checkbox"/> マイコプラズマ(+/-) <input type="checkbox"/> RSウイルス(+/-) <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモ(+/-) <input type="checkbox"/> その他 []			
新型コロナ ウイルス感染 症を疑う理 由 (その他鑑別 にあげた疾 患を除外す る根拠を含 む)	<記載例> ・発熱が4日以上持続している ・抗菌薬の効果がない ・インフルエンザやマイコプラズマ迅速検査が陰性 ・高齢者であるが、嚥下機能は良好であり、誤嚥性肺炎は考えづらい			
過去1ヶ月 の渡航歴等	国名・都市名と時期を記載してください			
過去2週間 で接する機 会のあった 方の情報	過去2週間で接する機会のあった方の概要、有症状であればその詳細などを可能な範囲で記載してください。 家族構成、そのうち有症状がある人がいればその詳細		職業、職場の状況、そのうち有症状がある人がいる場合はその詳細	
	その他(特に帰国者や県外の方)との接触歴			

上記患者について、新型コロナウイルスの検査が必要であると認めます。
 令和 年 月 日

医療機関名： 住 所： 連 絡 先： 医師の氏名：	※帰国者・接触者外来(検体採取機関)記載欄 検体の種類 <input type="checkbox"/> 唾液 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液 <input type="checkbox"/> その他() 検体採取日：
------------------------------------	--

※原本は保健所等で保管すること。

※高知県衛生環境研究所記載欄
検 査 日:
検査結果: 陽性・陰性・要再検
備考

新型コロナウイルス検査のための検体依頼方法について

令和2年7月15日
株式会社 エスアールエル
高知営業拠点

1 概要

- 新型コロナウイルス検査については弊社に依頼することが可能です。
- 検査依頼をお考えの場合は、弊社まで直接ご連絡ください
株式会社 エスアールエル 高知営業拠点
☎088-884-2712（担当：荒賀）月～金曜日 10時～17時

※ 検体採取や梱包の方法等の詳細は、国立感染症研究所「2019-nCoV（新型コロナウイルス）感染を疑う患者の検体採取・輸送マニュアル」に従ってください。採取後の検体は、世界保健機構（WHO）の「感染症物質の輸送規制に関するガイダンス」におけるカテゴリーB病原体としての取り扱いが必要となります。

2 弊社で受付可能な検体の種類と検査方法

	核酸増幅検査（定性）
喀痰	○
鼻咽頭ぬぐい液	○
唾液	○

3 検体提出方法

※ 医療機関様から弊社八王子ラボラトリーへ直接ゆうパックで送付していただく事になります。
（郵送先）〒192-0031 東京都八王子市小宮町 1006-1
株式会社 エスアールエル MUQS ラボ 業務第一課 責任者宛て
電話番号：042-648-4462

※ 採取後の検体はカテゴリーB病原体としての取り扱いが必要となります。

※ 検体は3重梱包し、発送するには4次梱包容器が必要となります。3重梱包に用いる容器（有償）については、施設様お取引の卸業者様へご確認ください。弊社でもお取扱い可能ですが、納品までにお時間を有する場合がございます。

※ 「ゆうパック利用時の梱包方法」にもございますが、2次容器には絶対にドライアイスを入れて梱包しないようご注意ください。容器が膨張し、中の検体が飛散する場合がありますので、ドライアイスは3次容器と4次容器の間に入れるようご注意ください。

※ 4次梱包容器についてはゆうパックの搬送に耐えられる包装容器で差し支えありません。送付の際には、搬送用4次梱包容器の上面に「安全性適正包装確認済みラベル」の貼付が必要です。ラベルについては、弊社からご提供いたします。

4 検査結果について

○ 弊社では、6月末日現在、概ね2日後の17:00頃または3日後の12:00頃にFAXで返送することが可能です。（月曜日ご提出の場合、水曜日の17:00頃、または木曜日の12:00頃）

*再検査になった場合、上記日数に1日加算されます。

新型コロナウイルス検査のための検体依頼方法について

令和2年7月15日

株式会社LSIメディエンス 高知営業所

1 概要

- 新型コロナウイルス検査については弊社に依頼することが可能です。
- 検査依頼をお考えの場合は、弊社高知営業所に直接ご連絡ください

株式会社LSIメディエンス 高知営業所

☎088-885-3130（担当：廣谷）平日9時～18時（土日：対応不可）

- ※ 検体採取や梱包の方法等の詳細は、国立感染症研究所「2019-nCoV（新型コロナウイルス）感染を疑う患者の検体採取・輸送マニュアル」に従ってください。採取後の検体は、世界保健機構（WHO）の「感染症物質の輸送規制に関するガイダンス」におけるカテゴリーB病原体としての取り扱いが必要となります。

2 弊社で受付可能な検体の種類と検査方法

	核酸増幅検査（定性）	抗原検査
喀痰	■	■
鼻咽頭ぬぐい液	○	■
唾液	○	■

3 検体提出方法

- (1) 弊社による集荷の場合（地域により集荷できない場合もございます。）
- 午後15時までに高知営業所に連絡をしていただくと、翌日集荷いたします。

- (2) 医療機関から弊社研究所に直接ゆうパックで送付する場合
（ゆうパックで直接送付する場合の郵送先）

〒174-8555 東京都板橋区志村 3-30-1

(株) LSI メディエンス プロセスサポート部

受付仕分G 特殊仕分T 宛 責任者 坂部・三枝

電話番号：03-5994-2341

※ 検体は3重梱包し、業者への発送には4次梱包容器が必要となります。3重梱包に用いる容器（有償）については、弊社高知営業所にご用命ください。

※ 「ゆうパック利用時の梱包方法」にもございますが、2次容器には絶対にドライアイスを入れて梱包しないようご注意ください。容器が膨張し、中の検体が飛散する場合がございますので、ドライアイスは3次容器と4次容器の間に入れるようご注意ください。

※ 4次梱包容器についてはゆうパックの搬送に耐えられる包装容器で差し支えありません。送付の際には、搬送用4次梱包容器の上面に「安全性適正包装確認済みラベル」の貼付が必要です。ラベルについては、弊社からご提供いたします。

4 検査結果について

- 弊社では、7月15日現在、検体提出から概ね2日後の20時頃までにFAXで検査結果を返送することが可能です。なお再検査になった場合、上記日数に1日加算されます。

新型コロナウイルス検査のための検体依頼方法について

令和2年7月15日

株式会社ビー・エム・エル 高知営業所

1 概要

- 新型コロナウイルス検査については弊社に依頼することが可能です。
- 検査依頼をお考えの場合は、弊社ビー・エム・エル高知営業所に直接ご連絡ください

株式会社ビー・エム・エル 高知営業所

☎088-855-7203 (担当：田中 又は 谷村) 平日9時～17時30分

- ※ 検体採取や梱包の方法等の詳細は、国立感染症研究所「2019-nCoV（新型コロナウイルス）感染を疑う患者の検体採取・輸送マニュアル」に従ってください。採取後の検体は、世界保健機構（WHO）の「感染症物質の輸送規制に関するガイダンス」におけるカテゴリ-B病原体としての取り扱いが必要となります。

2 弊社で受付可能な検体の種類と検査方法

	核酸増幅検査（定性）	抗原検査
喀痰	○	■
鼻咽頭ぬぐい液	○	■
唾液	○	■

3 検体提出方法

(1) 弊社による集荷の場合（地域により集荷できない場合もございます。）

- 検体採取後は3重梱包し弊社へご連絡頂けますと、回収時間の調整をさせていただきます。ご連絡頂く時間や地域によっては翌日の回収となる場合がございます。

(2) 医療機関から弊社研究所に直接ゆうパックで送付する場合

（ゆうパックで直接送付する場合の郵送先）

〒350-1101 埼玉県川越市的場 1361-1

BML総合研究所 第三検査部 ゲノム検査課 宛

電話番号：049-232-0440

※ 検体は3重梱包し、業者への発送には4次梱包容器が必要となります。3重梱包に用いる容器（有償）については、弊社高知営業所にご用命ください。

※ 「ゆうパック利用時の梱包方法」にもございますが、2次容器には絶対にドライアイスを入れて梱包しないようご注意ください。容器が膨張し、中の検体が飛散する場合がございますので、ドライアイスは3次容器と4次容器の間に入れるようご注意ください。

※ 4次梱包容器についてはゆうパックの搬送に耐えられる包装容器で差し支えありません。送付の際には、搬送用4次梱包容器の上面に「安全性適正包装確認済みラベル」の貼付が必要です。ラベルについては、弊社からご提供いたします。

4 検査結果について

- 弊社では、7月15日現在、検体提出から概ね2日後の20時頃までにFAXで検査結果を返送することが可能です。なお再検査になった場合、検体数がキャパオーバーとなった場合は上記日数に1日加算されます。