

抗原定性検査キット優先供給に係る説明書

1. 購入希望事業者名 _____

2. 業種 _____

3. 購入希望事業者住所 _____

4. 本説明書の提出先の類型 医薬品卸売販売業者 ・ メーカー（直売） ・ **薬局**
（該当するものに○）

5. 提出先事業者名 _____

6. 発注内容

対象（優先度）	数量	具体的用途
有症状者に対する 検査（行政検査） 優先Ⅰ		
濃厚接触者で 社会機能維持者である 方の待機期間解除に 係る検査 優先Ⅱ		
無料検査に係る検査 優先Ⅲ		
その他 （一般販売等）		

発注に当たり、上記の内容について間違いないことを確認しました。

提出日 : 令和 年 月 日

担当者名 : _____

担当者連絡先 : _____

抗原検査キットをご購入の事業者の皆様へ

別紙 2

次の内容をご確認ください、ご記入の上、薬局にご提出ください。

抗原定性検査キットを使用した検査実施体制に関する確認書

- ① 検査管理者が研修を受講していることを確認して、リスト化しています。

※研修については、厚生労働省のHPで公開される以下のWEB教材の関連部分を学習します。

- ・医療従事者の不在時における新型コロナウイルス抗原定性検査のガイドライン
- ・理解度確認テスト

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00270.html

- ② 抗原定性検査キットは、社会機能維持者である濃厚接触者に対する検査にのみ使用します。
- ③ 検査管理者が、受検者に対し、検査の実施方法等について別紙を活用し説明するとともに、理解を得たことを確認します。また、検査の実施に当たっては、可能な限りオンラインで立ち会い・管理下において実施するほか、検査結果は必ず確認します。
- ④ 検査管理者が、受検者に対し、抗原定性検査キットを使用した検査の結果が陽性となった場合、医療機関への受診を促すとともに、その診断結果を確認します。
- ⑤ 検査結果が陰性だった場合にも、当該業務への従事以外の不要不急の外出はできる限り控えるように求めます。

以上、①から⑤までについて間違いないことを確認しました。

確認日： 令和 年 月 日
確認者（抗原定性検査キット購入者） （例）株式会社〇〇〇〇
確認者（抗原定性検査キット購入者）の住所 （例）〇〇府〇〇市〇〇-〇〇

※ 薬局：原本保管 → 医薬品卸売販売業者に写しを提出