

新型コロナウイルス抗体検査を受診される方へ(事前問診票兼同意書)

※採血での抗体検査になります。

☆検査結果

3日後以降に受付でお渡し

(受け取り前にクリニックにお電話いただき確認のうえお越し下さい)

※医師からの結果説明をご希望の場合は診察になります。

<患者様情報>

(フリガナ)

お名前 _____ 性別 _____ 男性 _____ 女性 _____

生年月日 明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

ご住所 〒 _____

電話番号 _____ 体温 _____ °C

●受診に際しまして、以下の問診事項にご回答ください。

<問診事項>

どちらの目的で抗体検査をご希望されますか？

過去に感染したかどうかを確認したい

ワクチン接種後の抗体を確認したい

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1. 現在または2週間以内に、発熱がありますか(ありましたか)。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2. 現在または2週間以内に、のどのイガイガ・痛みがありますか(ありましたか)。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3. 現在または2週間以内に、咳や息苦しさがありませんか(ありましたか)。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4. 現在または2週間以内に、倦怠感・だるさがありますか(ありましたか)。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5. 現在または2週間以内に、においの違和感がありますか(ありましたか)。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6. 現在または2週間以内に、味の違和感がありますか(ありましたか)。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7. 2週間以内に、新型コロナウイルス感染者との濃厚接触がありましたか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8. 2週間以内に、海外に行かれた、もしくは海外から帰国されましたか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

●以下の注意事項をお読みいただき、全ての事項にチェックの上ご署名をお願い致します。

<ご注意事項>

チェック欄

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. 新型コロナウイルスの抗体検査はPCR検査・抗原検査と異なり、現在の感染の有無を判定する為の検査ではありません。 | <input type="checkbox"/> |
| 2. 新型コロナウイルスの抗体が陽性であっても、現時点では抗体の有無が再感染の可能性に影響を与えるという研究結果が出ていません。 | <input type="checkbox"/> |
| 3. 新型コロナウイルス抗体検査は自由診療となり、検査費用(1項目あたり3,300円・税込み)を全額ご負担いただきます。 | <input type="checkbox"/> |

上記全ての事項に了承し、抗体検査を希望いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名 _____

※未成年の方は右記に保護者の方のご署名が必要になります。 保護者ご署名 _____