

住所

フリガナ

氏名

様 男・女 ()歳

本検査はコロナ感染を診断する検査ではありません！

また、症状などによっては検査をお断りすることがあります！

1. 症状歴

過去14日間以内にご自身に以下の症状がありますか？

なし	あり	症 状
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	①発熱(37.3℃以上)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	②強いだるさ(原因不明のもの)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③咳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④のどの痛み
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤味がわかりづらい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥においがわかりづらい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑦呼吸が苦しい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑧下痢

2. 接触歴

過去14日間以内に以下の事がありましたか？

なし	あり	内 容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	①コロナ感染を疑われましたか？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	②濃厚接触の方でコロナ感染を疑われた方はいましたか？

<今回の検査について>

- ▶血液中の新型コロナウイルスに対する抗体を定量的に測定する検査です。
- ▶本検査は研究用試薬を用いており、診断目的に使用することはできません。
- ▶本検査の結果は新型コロナウイルスの陽性・陰性を証明するものではありません。
- ▶抗体があることが確認されても引き続き感染対策を徹底ください。

同意書

◇上記の問診内容に間違いなく、抗体検査を受けることに同意いたします。

年 月 日

本人署名 _____

保護者署名 _____