

住所

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(37.5℃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？

3. 接種歴

新型コロナウイルスワクチンを接種しましたか？

なし	あり	内 容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	① 2回目の接種日 年 月 日
		② 接種メーカーに○をして下さい(ファイザー・モデルナ)

<今回の検査について>

現在、日本国内において新型コロナウイルス抗体検査は認可されておられません。新型コロナウイルスについて解明できていない点が多く、この抗体検査がどれくらい正確なのかに関する情報や調査も十分ではないため、診断目的で使用することや確定診断に用いることができないことを、ご理解およびご了承ください。

料金は¥5,500円(税込)

同意書

◇上記の問診内容に間違いなく、抗体IgG定量検査を受けることに同意いたします。

年 月 日

本人署名

※ 症状のある方は、当院の発熱外来の受診をおすすめします。