

新型コロナウイルス抗体検査 予診票

ふりがな
氏名

生年月日 年 月 日 (歳) 性別：男・女

住所：

電話番号：

記入日 年 月 日

*検査当日にご記入ください

◆ 直近2週間の体調についてお聞かせください。下記の症状はありましたか

発熱 ・ 倦怠感 ・ 痰 ・ 呼吸困難 ・ 咽頭痛 (のどの痛み)
においがわかりにくい ・ 味がわかりにくい

< はい ・ いいえ >

◆ 直近2週間以内に新型コロナウイルスに感染した方や、強くせき込んでいる方との濃厚接触がありましたか

< はい ・ いいえ >

◆ 直近2週間以内に3密となる施設（接待を伴う飲食店等）に行きましたか

< はい ・ いいえ >

(注) はいが1つでもある方は申し訳ございませんが本日抗体検査をお受けすることができません。

*抗体検査は現在感染しているかを診断する検査ではありません。

*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。

*抗体検査キットは高確率に抗体の有無を判定しますが、その精度は100%ではありません。そのため、検査結果が陰性であっても非感染を確定するものではありません。

*結果内容については検査後お渡しする用紙にてご確認ください。臨床的な内容に関してはお答えすることはできませんのでご了承ください。

上記について同意します。 署名 _____

2020.7 成和クリニック