

新型コロナウイルス抗体検査 問診票および同意書

受付時の体温 () °C

◆ 本日、体調不良はありません。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ ()
◆ これまで採血時に気分不良を起こしたことはありません。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ ()
◆ 血液サラサラのお薬を内服していません。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
◆ アルコール消毒にアレルギーはありません。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

①	現在、新型コロナウイルス感染症の療養期間中ではありません。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②	3日間以内に普段と違った体調不良はありません。(咳・鼻水・倦怠感・味覚障害等)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③	ワクチン接種後、または感染後、抗体ができるまでに1～2週間程度かかるといわれていることを理解しました。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④	本検査はワクチン接種後、または感染により、抗体がつくられているかを確認する検査であり、現在、新型コロナウイルスにかかっているかの診断をする検査ではないことを理解しました。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤	本検査で陽性(抗体を有している)となっても、個人差があるため、感染(再感染)しないとは言えません。引き続き感染予防対策を行う必要があることを理解しました。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥	本検査の結果による診断および証明書等の発行は希望しません。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

私は、上記問診の回答に偽りなくかつ検査内容について理解し、
(S抗体定量 ・ N抗体定性) 検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

刃がナ
氏名(自署)

代理人の場合
刃がナ

被検者代理人及び保護者氏

生年月日
(和暦)

()歳

性 別 男 女

住所 〒

連絡先電話番号