

# 【新型コロナウイルス抗体検査問診票】

記入日 年 月 日

検査日 年 月 日 ID:

フリガナ					
氏名				性別	男 ・ 女
生年月日	S・H	年	月	日	歳
住所	〒				
Tel					

**本検査は新型コロナウイルス感染を診断する検査ではありません。**

**症状によっては検査をお断りする場合があります。**

※はじめにお読みください。

《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りません。

新型コロナウイルスについて解明されていない点が多く、この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。詳細が解明され終息を迎えるまでは、引き続き感染防止策の継続をお願いいたします。

## ●症状歴

過去 2 週間以内にご自身に以下の症状がありますか？(ありの場合は✓で記入)

- ①発熱(37.3℃以上)
- ②強いだるさ
- ③咳、のどの痛み
- ④におい、味がわかりづらい
- ⑤呼吸が苦しい
- ⑥下痢

## ●接触歴

過去 2 週間以内に以下の事がありましたか？(ありの場合は✓で記入)

- ①新型コロナウイルス感染を疑われましたか？
- ②学校や会社等で新型コロナウイルス感染を疑われた方はいましたか？

## ●行動歴

過去 2 週間以内に以下の事がありましたか？(ありの場合は✓で記入)

- ①県外へ行きましたか？
- ②海外へ行きましたか？
- ③50人以上が集まる集会、イベント、夜の街に行きましたか？
- ④同居・濃厚接触する方に①～③の行動がありましたか？

## 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