

新型コロナウイルス感染症抗体検査問診票（兼同意書）

ID

記載日 令和 年 月 日

患者氏名	性別	男・女	生年月日	大・昭・平・令
				年 月 日
住所	〒 -		連絡先	() - -

(1) 本日の体温	
_____ °C	
(2) 2週間以内に37.5°C以上を超える発熱があった	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(3) 2週間以内に咳や呼吸苦などの呼吸器症状があった	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(4) 2週間以内に味覚、嗅覚の異常があった	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(5) 2週間以内に、新型コロナウイルス陽性になった人と接触した	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(6) 同居人または職場（同部署）に過去14日間以内に海外渡航歴がある人がいる	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【本検査について以下の内容を必ずお読み頂きチェックしてください】

本検査は、過去に新型コロナウイルス感染症にかかっていたかを確認する検査である。

本検査の結果、医師が必要と判断した場合、その後の症状や経過を確認する電話連絡に協力する。

本検査の結果、医師から保健所に連絡をし、保健所を通じて追加検査を行う場合がある。

当院では、検査結果や個人情報については厳重に管理し、他に漏らすことはありません。

上記内容について同意される方は、下記にご署名をお願いします。

同意いただけない場合は、抗体検査はできません。

令和 年 月 日

ご署名： _____