

# 新型コロナウイルス抗体検査同意書兼問診票

下記内容をお読みの上、同意する場合は☑を入れて最後に署名をして下さい。

本同意書は厚生労働省の発表を参考にしております。

厚生労働省の発表内容によっては、本同意書の内容を変更することがあります。

- 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り、現在、コロナウイルスにかかっているかの診断では無いことを理解しています。
- 本検査の結果、新型コロナウイルス感染症を疑う結果が出た場合、2週間は自主隔離に協力します。
- 本検査の結果による診断書の発行は出来ないことを了承します。
- 検査結果がIgM(+)の場合や、検査終了後に症状や体調に変化があった場合は足立耳鼻咽喉科へ報告します。（対応をご案内させていただきます。）
- 保健所や他の医療機関の判断によりPCR検査が必要となった場合、家族が濃厚接触者となることを理解します。  
(検査結果が出るまでの間は、ご家族の方も自宅待機をお願いいたします。)

**本検査について上記の事を理解し、同意致します。**

令和      年      月      日

ご署名

---

以下の質問にお答えください

- ① 感染リスクが高い場所への滞在はありましたか      はい      いいえ  
例：接待を伴う飲食店・居酒屋・カラオケボックス等  
(行った場所：      )
- ② 2週間以内に37.5℃以上もしくは平熱を超える発熱、普段と違う体調不良  
(倦怠感・嗅覚障害を含む)があった。  
はい      いいえ  
(症状：      )