

今回の検査結果は疫学調査に利用させていただくことがあることをご了承ください。
ただし、個人を特定されることは決してないことをご約束いたします。

以下をご一読いただき、□にチェックをご記入ください。

【本検査について以下のことにご同意をお願いいたします】

- 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る。
- 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、その後 10 日間の自主隔離に協力する。
- 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。
- 検査終了後、症状や体調に変化があった場合には、速やかに有明こどもクリニック豊洲院に連絡をする。

令和 2 年 月 日

ご署名 _____

【抗体検査問診票】

体温 _____ °C

- ① 2 週間以内に37.5°C以上を超える発熱があった。 はい いいえ
- ② 2 週間以内に咳、呼吸苦、においや味が分からない症状があった。 はい いいえ
- ③ 新型コロナウイルス感染症と診断された方と同居、あるいは長時間の接触があった。 はい いいえ
- ④ 新型コロナウイルス感染症の PCR 検査を受けた。 はい いいえ
- ⑤ ③④で『はい』と回答された方は、いつ頃か教えてください。
(_____)

■ 抗体検査についての解説動画

本抗体検査や、検査結果について詳しく解説しております。

以下 QR コードより、ご視聴いただきますようお願いいたします。

