新型コロナウイルス感染症抗体検査予診票

※検査希望の方は、**太ワク内**にご記入下さい。

	記載日　　年　　月　　日		
住　　所	TEL（　　）　　-		
（フリガナ） 受ける人の氏名	男 ・ 女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年　　月　　日生 （　　歳　　ヶ月）

質問事項	回答欄		医師 記入欄
1、2019年10月以降に渡航歴があれば記入ください	国名： 期間： 帰国日：		
2、体温	度　　分		
3、今日受ける抗体検査について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
4、PCR検査で陽性と判定されたことがありますか	はい	いいえ	
5、2週間以内に37.5℃以上の発熱を認めましたか	はい	いいえ	
6、2週間以内に咳や息苦しさ等の呼吸器症状をみとめましたか	はい	いいえ	
7、2週間以内に味覚、嗅覚の異常を認めましたか	はい	いいえ	

医師の説明を受け、抗体検査の目的などについて理解した上で、 希望しますか （検査を希望する　・　検査を希望しません）	本人の署名（もしくは保護者の署名） ※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載 （続柄＿＿＿＿＿＿）

ラベル欄

以下、医療機関記入欄

□　本日、検査可能　　医師署名（　　）

□　結果を郵送

□　その他（　　）