

# 新型コロナウイルス抗体検査問診票兼同意書

住所： \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 様

男・女 ( ) 歳

只今の体温 \_\_\_\_\_ °C

**本検査はコロナウイルス感染を診断する検査ではありません！**

また、当日の体調や問診内容によっては検査を行えないことがあります。  
結果は1週間程で郵送されます。

## 1. 症状歴

過去14日間以内にご自身に以下の症状がありますか？

なし	あり	症 状	なし	あり	症 状
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	①発熱（最高 _____ °C）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑦味がわかりづらい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	②強いたるさ（原因不明のもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑧においがわかりづらい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑨呼吸が苦しい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④痰（たん）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑩吐き気・嘔吐
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤鼻水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑪下痢
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥のどの痛み			

## 2. 集団感染リスク

過去14日以内に以下の事がありましたか？

なし	あり	内 容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	①海外へいきましたか？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	②夜の繁華街等で接客を伴う店舗に勤務又はいきましたか？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③医療従事者として勤務されましたか？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④同居・濃厚接触する方に①～③の行動がありましたか？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤家族や職場等で身近な方で新型コロナウイルスに感染した方がいますか？

## 3. 治療中の病気

・疾患名  なし

高血圧  糖尿病  心臓病  脳血管疾患  肝臓病  腎臓病

透析  ぜんそく  膠原病  悪性腫瘍 ( )

その他 ( )

<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保険診療として認可されておられません。

新型コロナウイルスについて解明できていない点が多く、この抗体検査がどれくらい

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ことや

確定診断に用いることが出来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致します。

## 同 意 書

アイランド耳鼻咽喉科

◇上記の問診票に間違いなく、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 \_\_\_\_\_

保護者署名 \_\_\_\_\_

\* 保護者署名は検査を受けられるのが中学生・高校生の方の場合必要です。