新型コロナウイルス抗体検査　問診票

診察券番号（　　）　　やまかみクリニック

ふりがな		生年月日	（大・昭・平・令）　年　月　日		
お名前		性別	男　・　女	年齢	歳
ご住所	〒		電話		
			携帯電話		

●現在または 2 週間以内に下記の症状があればチェックをしてください

体温　　℃

1. かぜ症状（発熱、咳、咽頭痛、倦怠感など）はありますか（ありましたか)。　□はい　□いいえ
2.咳や呼吸苦、咽頭痛はありますか（ありましたか)。　□はい　□いいえ
3.倦怠感、だるさがありますか（ありましたか)。　□はい　□いいえ
4.味覚・嗅覚異常がありますか（ありましたか)。　□はい　□いいえ
5.吐き気・下痢などがありますか（ありましたか)。　□はい　□いいえ
6 新型コロナウイルス感染者との濃厚接触がありましたか。　□はい　□いいえ
7 海外渡航歴がありましたか。　地域（　　）　□はい　□いいえ

●現在治療中の病気、既往歴について

疾患名　□ なし
□ 高血圧　□ 糖尿病　□ 脂質異常症　□ 脳血管疾患　□ 肝臓病
□ 腎臓病　□ 喘息　□ 膠原病　□ 悪性腫瘍
□ その他（　　）

内服中のお薬　□ なし　※お薬手帳をお持ちでしたら受付へご提出ください。
□ あり　薬の名前（　　）
医療機関（　　）

喫煙歴　□ なし　□ あり（　　年)

女性の方へ　妊娠　□ していない　□ している（　　週目）　□ 授乳中

●以下の注意事項をお読みいただき、全ての項目にチェックをしていただき、ご署名をお願いいたします

＜注意事項＞　　チェック欄

1. 新型コロナウイルスの抗体検査は、抗体検査は、PCR 検査、抗原検査と異なり、現在の感染の有無を判定するための検査ではありません。　□
2. 新型コロナウイルスの抗体が陽性であっても、今後再感染はしないことを保証することではございません。　□
3. IgG 抗体の検査が陰性の場合、「まだ感染していない」可能性が高いため、今後も引き続き、三密を避け、手洗いマスクの着用など感染防止を心掛けてください。　□
4. 新型コロナウイルス抗体検査は自費診療となり、検査費用（5,000 円・税込）を全額ご負担いただきます（検査費用は変更することもあります)。　□
5. 検査結果は 1 週間以内に、当院よりご自宅に郵送させていただきます。このウイルスは解明されていない部分がまだ多く、今後解釈が変わっていく可能性があるため、結果に関するお問い合わせにはお応えできかねます。　□

上記全ての事項について誤りはなく、上記事項理解した上で抗体検査を受診することに同意いたします。

令和　　年　　月　　日　　ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿