

## 新型コロナウイルス抗体検査問診票

体温 \_\_\_\_\_ 度

- 1) 現在、体調で気になる変化はありますか？ はい いいえ
- 2) 2019年12月以降に微熱を含む発熱症状はありましたか？ はい いいえ
- 3) 2019年12月以降に咳、鼻水などの感冒症状、嗅覚や味覚の異常はありましたか？ はい いいえ
- 4) 2019年12月以降に海外へ渡航されましたか？ はい いいえ
- 5) 新型コロナウイルス陽性の方との濃厚接触されたことはありますか？ はい いいえ
- 6) 新型コロナウイルス感染を疑いPCR検査を受けたことはありますか？ はい いいえ

本検査につきまして以下のことをご確認いただきチェックをお願い致します。

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す。

診断の確実性が実証されていないため、抗体検査が陰性でも新型コロナウイルス感染を否定する旨の診断書をお出しすることはできません。

本検査の結果、医師が必要と判断した場合はその後の経過観察、保健所への情報提供、必要時PCR検査を受ける等の対応にご協力をお願い致します。(PCR検査が陽性だった場合は保健所の指示に従っていただきます。)

抗体が陽性であっても、医師が必要と判断しない場合はPCR検査をご希望されても受けられません。

今回の検査結果は疫学調査・研究に利用させていただくことがあります。  
ただし個人情報を使用いたしません。

2020年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 氏名

ご住所 \_\_\_\_\_

日中連絡のつく電話 \_\_\_\_\_