



新型コロナウイルス抗体検査 問診票

診察券の番号： _____

お名前： _____ 生年月日：S H R 年 月 日(歳)

症状

[_____]

発症日からの日数 (日)

別紙の『新型コロナウイルス抗体検査』をお読みいただいた上で、新型コロナウイルス抗体検査(保険適応外)を希望します。

同意する 同意しない

以下はスタッフ記入欄ですので、何も書かないでください。

検査日 年 月 日

| | | |
|--------------------|-----|-------|
| SpO ₂ | % | |
| 抗体検査の結果 IgM 抗体 | (-) | (+) |
| IgG 抗体 | (-) | (+) |
| PCR 検査結果(受診歴がある場合) | 未実施 | 陰性 陽性 |
| コメント | | |
| | | |
| | | |