

新型コロナウイルス抗体検査 申込書兼同意書

あらかじめご記入の上、受診当日問診票などとあわせて受付に提出してください。

フリガナ 氏名		性別	男・女
生年月日	S・H 年 月 日 生	年齢	才
住所	〒		
電話番号			
携帯電話			

以下、新型コロナウイルス抗体検査の注意事項になります。必ずお読みください。

同意する場合 に をいれてください

- 本抗体検査は過去に新型コロナウイルスにかかっていたかを確認する検査であり、現在、コロナウイルスにかかっているかの診断でないことを理解している
- 本検査で陽性(抗体を有している)となっても再感染のリスクがあることを理解している。
- 本検査で陰性となっても、新型コロナウイルス感染を完全に否定するものではないと理解している。
- 本検査の結果による診断書・証明書等の発行は希望しない。
- 本検査結果をもとに当健診センターへPCR検査の実施や紹介を希望しない。
- 本検査の結果に関わらず、引き続き感染予防対策を行う必要があると理解している。

- 上記内容に同意し、検査を希望します。

同意年月日 : 2020年 月 日

戸塚共立メディカルサテライト健診センター

(センター記載欄) ID :