

新型コロナウイルス抗体(IgG抗体)検査同意書

新型コロナウイルス抗体(IgG抗体)検査を受けるにあたり

- 1、当診の説明書を読み理解しました
- 2、検査方法は神奈川診療所に任せます
- 3、未知の感染症であるため、IgG抗体が陽性であった場合でも新型コロナウイルスに対して免疫があり今後は感染しないという保証はないこと、抗体の持続期間も不明であることを理解しました
- 4、当日の体調によっては検査を受けられないことを了承しました
- 5、抗体検査結果と検査日が記載された結果が郵送され、抗体検査による感染の有無に関する証明書の発行されないことを了承しました
- 6、問診結果と抗体検査結果を、個人が特定されない形で医療機関が診断や治療に役立てるための疫学的データとして使用することを了承しました

上記内容に同意いたします

同意日 2020年____月____日

署名 _____

公益財団法人柿葉会 神奈川診療所

新型コロナウイルス抗体検査問診票

名前	生年月日
住所	
電話番号	体温 ℃

下記の症状が2週間以内にあればチェックしてください

- | | | | | |
|---------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| ・ 37.5 度以上の発熱 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ・ 咳 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ・ 痰 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ・ 息苦しさ | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ・ 倦怠感 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ・ 咽頭痛 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ・ 味覚・嗅覚の異常 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ・ 下痢 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ・ 吐気 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ・ 頭痛 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ・ 関節痛 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ・ 上記以外の症状 | | | | |

現在治療中の病気

- 疾患名 なし
- | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 膠原病 | <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 |

喫煙歴

- ・ 喫煙歴 あり (年間) なし