

新型コロナウイルス抗体検査 申込書兼同意書

(病院記載欄) ID: _____

医療法人メディケアアライアンス
あおぞら病院 殿

(カナ) 氏名		生年月日	M・T・S・H 年 月 日
電話番号		性別	男・女
住所	〒		

以上、抗体検査の注意事項になります。

項目の口に“レ”を入れて下さい。

- 現在、発熱及び風邪に似た症状がある方は検査をお断りすることがあります。
【体温： 】
- 県内在中で2週間以内に、県外へ往訪された方又県外在中の方と接触のあった方は、お断りすることがあります。
- 新型コロナウイルス感染症の検査は大きく分けて2つあり、当院での検査は過去に感染していたかどうかを調べるものです。その為、現在コロナウイルスに感染しているかを調べるものではありません。
- 検査する抗体は、IgM・IgG抗体と言われる抗体です。基本的には過去の感染の有無を検査しますが、感染の疑い陽性(+)が検出された場合、当院から保健所等へご連絡することは、ございません。ご心配な方は、直接保健所へご相談下さい。
- 抗体検査にて陽性(+)結果だとしても、再感染のリスクがないことを確認することができません。
- 検査結果をもって、新型コロナウイルス感染症に罹患していると自己判断し、他の医療機関へ受診することはご遠慮ください。
- 費用は、検査代・報告書代・郵送料等含めて 3,500円(税込)
※ 健康診断の追加検査(オプション)の場合、3,000円(税込)
- 上記内容に同意し、検査を希望します。

同意年月日： 年 月 日