

# 新型コロナウイルス抗体定量検査問診票

記入日 年 月 日

「保険外診療（自費）での新型コロナウイルス抗体定量検査実施の案内」を理解したうえで検査する事を（ 希望します ・ 希望しません ）

当院受診歴の有無に○：有り（→診察券番号： ） ・ 無し  
検査目的： \_\_\_\_\_

（例 抗体値が知りたいなど）

本日の体温： \_\_\_\_\_ °C

現在の状況について確認させていただきます。

- ・ 2週間以内に新型コロナ陽性者との接触歴はありますか？ → はい・いいえ
- ・ 体調不良はありますか？（ ） → はい・いいえ
- ・ ワクチン接種状況 あり： 1回目 月 日 2回目 月 日  
なし

住 所： 〒 \_\_\_\_\_

ふりがな： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日 年 齢： \_\_\_\_\_ 歳

※身分証明書（免許証、保険証等）のコピーを提出願います。

日中の連絡がつく電話番号

① \_\_\_\_\_ ( )

② \_\_\_\_\_ ( )

希望するものがあれば ○をお願いいたします。

- ・ 無料の検査報告書：【 窓口渡し or 郵送：簡易書留（有料：税込¥404）】
- ・ 有料（税込¥2,200）の証明書：  
【 和文 or 英文 】の【 窓口渡し or 郵送：簡易書留（有料：税込¥404）】