



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)

属性職種

医師・看護師・放射線技師・超音波検査技師・検査技師・歯科医・歯科助手・歯科技工士・

介護士・呼吸療法士・理学療法士・救命救急士・受付・事務・薬剤師・栄養士

その他()

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、Biolidics 社製の検査キット(保険適応外)を使用しての検査を希望します。

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	%	
抗体検査キットの結果 IgM 抗体	(-)	(+)
IgG 抗体	(-)	(+)
抗体検査キットの不具合の有無	無	有 ()
PCR 検査結果(受診歴がある場合)	未実施	陰性 陽性
コメント		