新型コロナウイルス抗体検査　申込書兼同意書

申込者 氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	性　別	男　・　女
生年月日	Ｓ　・　Ｈ　　年　　月　　日生	年　齢	歳
住　所	〒		
電話番号			
携帯番号			

保護者欄（申込者が未成年の方は保護者欄の記入が必要です）	
氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ
住　所	〒
電話番号	
携帯番号	

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。

☐　本抗体検査はワクチン接種後に、抗体がつくられているかを確認する検査であり、
　　現在、新型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、感染のリスクがあることを理解している。

☐　本検査結果をもとに当院へ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：　　年　　月　　日

川口市立医療センター　総合健診センター

（センター記載欄）ID：