

## 新型コロナウイルス感染症抗体検査（精密検査）同意書

医療法人つばさ会

高座渋谷つばさクリニック 院長殿

私は新型コロナウイルス抗体検査（精密検査）に関して、目的・方法・結果判定に関して説明を受け、2週間以内に発熱・咳嗽・味覚障害などの症状はありませんので、検査を同意いたします。

本検査の結果、新型コロナウイルス感染症を疑う結果が出た場合、その後2週間の自主隔離に協力いたします。

本検査の結果、医師が必要と判断した場合、その後の症状や経過を確認する電話連絡に協力いたします。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

氏名： \_\_\_\_\_（保護者氏名： \_\_\_\_\_）

住所： \_\_\_\_\_

連絡先（携帯電話）： \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_才）