

新型コロナウイルス抗体検査（精密検査）の同意書

医療法人つばさ会

港町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・倦怠感・咳嗽・味覚障害などの感染を疑う症状はありませんので、検査に同意いたします。

また、本検査の結果から医師が必要と判断した場合には、その後の症状や経過を確認する調査に協力いたします。

____年 ____月 ____日

氏名： _____（保護者氏名： _____）

住所： _____

連絡先（携帯電話）： _____

生年月日 _____（ ____才）