

新型コロナウイルス抗体検査 申込書

【申込される方は、検査当日、受付にご提出ください】

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
住所	〒		
電話番号			

本検査は感染確認を目的とするPCR検査や抗原検査ではありません。

質問事項

①新型コロナウイルスワクチン接種を受けましたか	はい	いいえ
※「はい」の方は接種日をご記載ください 1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日		
②新型コロナウイルス感染症に罹患したことはありますか	はい	いいえ
※「はい」の方は感染診断日・治癒日をご記載ください 感染診断日： 年 月 日 治癒日： 年 月 日		

検査について

- 抗体検査は過去の新型コロナウイルス感染症の感染状況（既感染）やワクチン接種による抗体を確認するための検査となります。感染早期や、ワクチン接種直後には抗体がつかれておらず、陰性となる場合がございます。
- 抗体検査が陽性判定の場合でも、現在感染がない、今後再感染しないとは限りません。
- 本検査に関する証明書や診断書の発行はいたしませんのでご注意ください。
- 検査結果に伴うワクチン接種およびPCR検査の要否に関するお問い合わせには対応いたしかねますのでご了承ください。

上記、抗体検査について理解して検査を希望します。

年 月 日

氏名：
