

新型コロナウイルス抗体検査 同意書

私は、医療法人社団聖仁会 横浜甞生病院で新型コロナウイルス抗体検査を受けるにあたり下記の注意事項について確認し、同意いたします。

以下全ての項目について確認後、をお願いいたします。

- 発熱及び風邪症状がある場合、検査はお断りさせていただきます。
- 検査費用は保険適用外の為、10,000円(税込)となります。
- 新型コロナウイルス抗体検査は過去に新型コロナウイルスに感染していたかどうかを調べるものであり、現在ウイルスに感染しているかを調べるものではありません。
- 抗体検査キットは研究用試薬であり、疾病の診断をするものではありません。当院で行った抗体検査の結果は個人が特定できない状態に編集したうえで、疫学調査や学会発表に使用させていただくことがあります。
- 検査結果は必ずしも正しいとは限らず、あくまでも目安となり偽陽性となる場合もあります。当院では結果のみをお伝えします。結果内容については、抗体検査のご案内(◇診断結果について)を参考いただくようお願いいたします。
- 検査結果でIgM(+)となった場合、医師の判断により当日保険診療にて唾液によるPCR検査を実施させていただきます。感染拡大防止の為、PCR検査結果が判明するまで自宅にて待機していただくようお願いいたします。

【検査を受けられる方】		
(フリガナ)		
氏名		
生年月日	西暦 年 月 日	男・女
住所		

同意年月日： 西暦 年 月 日

氏名： _____

(本人が未成年の場合)

保護者氏名： _____ 続柄 _____