

新型コロナウイルス抗体検査（自費）説明および同意書

私は、クリニックさろま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。

以下すべての項目について確認後、をお願いいたします。

- 検査当日を含め直近2週間、発熱・風邪症状がある場合は検査をお断りさせていただきます。
- 抗体検査は採血による検査となります。
- 結果は来院いただき検査結果表にてご連絡いたします。
- 検査費用は保険適応外のため、1回5,500円（税込・自費）となります。
- 抗体検査は過去に新型コロナウイルスに感染したことがあるかどうか、また新型コロナウイルスに対する抗体を有しているかどうかを調べる検査です。現在、新型コロナウイルスに感染しているかどうかを調べる検査ではありません。
- 本検査の診断書・証明書の発行はいたしません。
- 得られたデータについては、個人を匿名化した状態で、疫学データとして行政への情報提供に利用する場合があります。
- 当クリニックでは検査結果後に生じる一切の責務を負わないものとさせていただきます。予めご了承のほど宜しくお願いいたします。

クリニックさろま院長殿

同意年月日 年 月 日

氏名（自署）

ご家族または代理人の氏名（自署）

続柄

住所

電話番号