	#	Н						ID番	゙゙゙゙゙゙゙					
				CC)VID	-19	抗体検査	問診票						
フリガナ							明治	大正	昭和		平成		西歴	
名前					誕生日			年		月		日		
性別	男		女								(才)
電話番号					メール	PCメールア	ドレスをご記入ください。	@						
住所	₸													
職業														
体温			°C											

◆ 受けたい抗体検査の種類を選んでください			迅速検査 (抗体の有無の		精密検査 (抗体値を測定)
◆ コロナウイルスワクチンを接種済ですか			はい	いし	 いえ 1回目のみ
はい と1回のみ の場合 日付 1回]目 年 月	日 2	回目 年	月	В
◆ 過去にコロナウィルスに感染したことがありま	: :すか		はい	いし	
はいの場合検査日年月		治癒	日 年	月 日	
◆ 過去にコロナウィルスを疑う咳がありましたか	\		はい	いし	いえ
◆ 過去にコロナウイルスを疑う熱がありましたか	Λ		はい	l I	いえ
◆ 過去に味覚異常はありましたか			はい	いし	ハえ
◆ 過去に嗅覚異常はありましたか			はい	いし	いえ
◆ 過去に胸の痛み、圧迫感がありましたか			はい	W	いえ
◆ 6カ月以内に海外への渡航がありましたか			はい	いし	<u></u> いえ
はいの場合、どこの国にどのくらい行っていま 国名 期間	こしたか				
◆ 過去にコロナウィルス感染疑いのため、PCR検	査を受けたことが	ありますか?	はい	いし	 いえ
(はいの場合、 陽性か陰性に○をしてくださ	: (\)				
陽性陰性(月	日)				
◆ COVID-19の患者またはその疑いがある方と接触	しましたか?		はい	LN	 いえ
(はいの場合、いつごろどのような方と接触し: いつ 関係性					· · · -
◆ 結果証明書(日本語) は必要ですか? (別途100	00円)		はい	いし	いえ 検査後に決める
◆ 英文で書類が必要な方(別途2700円) 氏名	スローマ字 () パス	ポート番号()

英語書類が必要な方は、パスポート通りのお名前をご記入ください。

* 医卵	を機関	関記入欄		
IgM	()	接種後	シーメンス
IgG	()	罹患後	アボット