

新型コロナウイルス抗体価検査 申込用紙

ふりがな 名 前		ふりがな 保護者氏名 (未成年者のみ)	
生年月日	昭和 平成 年 月 日	年 齢	歳 性別 男・女
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 診察券番号 [] (<input type="checkbox"/> 番号不明)		
住 所	〒 -		
電 話	☎		

希望する 検査種別 (要 ✓)	<input type="checkbox"/> 自然感染後の抗体価 (N抗体) <ul style="list-style-type: none"> ・ 過去(2週間前よりも前)に感染したことがあるかを調べます。 ・ ウイルスのヌクレオカプシドタンパク質に対する抗体を検出します。
	<input type="checkbox"/> ワクチン接種後の抗体価 (S抗体) <ul style="list-style-type: none"> ・ 抗体がついたかや、その程度を調べます。 ・ ウイルスのスパイクタンパク質に対する抗体を検出します。
検査申込日	年 月 日
検査料	消費税込 8,800円

備 考	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査では静脈から血液を2mL程度採取します。 ・ 結果は、～2日程度で判明します。説明は医師が行います。
-----	---

サンライズクリニック 内科 糖尿病内科 循環器内科
 〒 110-0015 東京都台東区東上野1-7-2 富田ビル2F
 ☎ 03-3836-3321 Fax 03-3836-3320