

日本先進医療臨床研究会

Covid19（新型コロナウイルス）抗S蛋白IgG4抗体検査申込書

点線内は全てご記入下さい

（患者情報欄）

申込日					年	月	日
氏名	フリガナ	生年月日	年齢	性別			
		西暦		男・女			
		年	月	日			
住所	フリガナ (〒 -)						
連絡先	TEL / メール						
病名	病名（部位）：		ガンの場合 （ステージ：0/1/2/3/4/5） 初発 / 再発（転移部位： ）				
新型コロナワクチン接種歴	新型コロナワクチンの接種歴(あてはまる項目に○をつけて下さい)。						
	○回						
	1回・2回・3回・4回・5回・6回・7回・8回・（その他 ）						
本日のQOL	・歩き回るのがに問題は？ (1)ない (2)多少ある (3)寝たきり ・洗面や着替えに問題は？ (1)ない (2)多少ある (3)出来ない ・仕事や勉強に問題は？ (1)ない (2)多少ある (3)全く出来ない ・痛みや不快感は？ (1)ない (2)多少ある (3)非常にある ・不安や心配・悩みは？ (1)ない (2)多少ある (3)かなりある ・最高100点・最低0点で体調を表すと今日は何点？（ ）点						
紹介者	氏名（※ご紹介者がいる場合にご記入下さい）		紹介者連絡先（携帯TEL等）				

【個人情報保護】ご記入頂きました情報は厳重に管理し、お客様の同意がある場合、または捜査令状・裁判所の命令など正当な理由がある場合を除き、関係各所及び提携企業以外の第三者に開示・提供することはありません。

ご希望の検査欄にチェックをして下さい。

<input checked="" type="checkbox"/>	検査名・必要経費など
	Covid19（新型コロナウイルス）抗S蛋白IgG4抗体検査
	Covid19（新型コロナウイルス）抗S蛋白IgG4抗体 +抗N蛋白IgG抗体・抗S蛋白IgG抗体検査

医療機関記入欄 患者IDをご記入下さい。

（※患者IDは、日本先進医療臨床研究会発行の

医療機関コード（アルファベット2文字）+年月日8桁+順番2桁です。

2024年1月16日の1人目の採血患者さんは「アルファベット2文字2024011601」とご記入ください

※採血管にも患者氏名と患者IDをご記入下さい。

医療機関名：

患者ID：