

新型コロナウイルス抗S蛋白IgG4抗体検査 連絡票

採血日: 年 月 日 患者ID: 年齢 性別: 男・女

1. 新型コロナウイルス感染症の罹患歴

- ① 新型コロナウイルス感染症の罹患歴についてどちらかに○を付けて下さい
(あり ・ なし)
- ② 罹患歴ありの方は、検査で陽性と判定された日、または発症日を記載して下さい。
(年 月 日) もしくは (年 月 日頃) (検査陽性・発症)
- ③ 罹患歴ありの方は症状の程度に○を付け、表れた症状に○を付けて下さい
(無症状 ・ 軽症 ・ 中等症Ⅰ ・ 中等症Ⅱ ・ 重症)

表れた症状 鼻水・咳・発熱・息切れ・咽頭痛・頭痛・下痢・嘔吐・嗅覚障害・味覚障害・腹痛・筋肉痛 関節痛・肺炎・呼吸困難・その他()
--

2. 基礎疾患について

- ① 基礎疾患の有無に○を付けて下さい
(あり ・ なし)
- ② 基礎疾患がある方は該当する基礎疾患に○をつけて下さい

基礎疾患 呼吸器疾患・心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病・糖尿病・肥満・免疫機能低下・血液疾患 その他()
--

3. 新型コロナワクチンの接種履歴 (わかる範囲でご記載ください)

- ① 新型コロナワクチンの接種の有無に○を付けて下さい
(あり ・ なし)
- ② ワクチンを接種された方は、新型コロナワクチン接種日を記載し、接種したワクチンのメーカー、種類に○を付けて下さい。Noにはロット番号をご記載ください。副反応が出た場合は、症状に○を付けて下さい。

接種回	接種年月日	ワクチンメーカー	ワクチンの種類	副反応
1回目	年 月 日	ファイザー・モデルナ その他() No	従来型 オミクロン対応型	発熱・接種箇所の痛みや腫れ・悪寒・頭痛 疲労・関節痛・その他()
2回目	年 月 日	ファイザー・モデルナ その他() No	従来型 オミクロン対応型	発熱・接種箇所の痛みや腫れ・悪寒・頭痛 疲労・関節痛・その他()
3回目	年 月 日	ファイザー・モデルナ その他() No	従来型 オミクロン対応型	発熱・接種箇所の痛みや腫れ・悪寒・頭痛 疲労・関節痛・その他()
4回目	年 月 日	ファイザー・モデルナ その他() No	従来型 オミクロン対応型	発熱・接種箇所の痛みや腫れ・悪寒・頭痛 疲労・関節痛・その他()
5回目	年 月 日	ファイザー・モデルナ その他() No	従来型 オミクロン対応型	発熱・接種箇所の痛みや腫れ・悪寒・頭痛 疲労・関節痛・その他()
6回目	年 月 日	ファイザー・モデルナ その他() No	従来型 オミクロン対応型	発熱・接種箇所の痛みや腫れ・悪寒・頭痛 疲労・関節痛・その他()
7回目	年 月 日	ファイザー・モデルナ その他() No	従来型 オミクロン対応型	発熱・接種箇所の痛みや腫れ・悪寒・頭痛 疲労・関節痛・その他()

※記載欄が足りない場合は余白・裏面にご記載ください。