

同意書

東京大学保健・健康推進本部長 殿

研究課題「ヒト血液中における SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗体価測定と
結果活用方法の検討」（審査番号 2020052NI-(2)）

私は、上記研究へ参加し健診用採血検体の一部を用いて SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗体価測定を受けることに同意します。

（ はい ・ いいえ ）

本研究で得られる私の抗体測定結果の返却を希望します。

（ はい ・ いいえ ）

令和 年 月 日

氏名（研究参加者本人）（自署） _____

質問 （日付についてはX年X月ころ、など記憶の範囲でご回答ください）

・以前に、新型コロナウイルス感染症に罹りましたか？

はい→診断日 年 月 日 /いいえ

*複数回罹った場合は全て回答してください。

診断日 年 月 日

診断日 年 月 日

・SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）予防接種を受けましたか？

はい / いいえ

はい → 1回目 接種日 年 月 日

2回目 接種日 年 月 日

（もしあれば、3回目 接種日 年 月 日）