

検査結果確認シート

市販の抗原検査キットを使用する場合は、薬局等で取り扱いしている医療用（体外診断用医薬品）の抗原検査キットをご使用ください。研究用の抗原検査キットのご使用はご遠慮ください。

【氏名】 _____

【レーズNo.】 _____

【性別】 男・女

【生年月日】 S・H 年 月 日

【検査実施日時】 令和4年 月 日 :

陰性結果が表示された抗原検査キットを置いてください。