

お名前:

職業:

来院時体温:

℃

1. 症状について教えてください。<「あり」の場合はいつからの症状かをご記入ください>

発熱	・あり ( ) ・なし	咳	・あり ( ) ・なし
息苦しさ	・あり ( ) ・なし	のどの痛み	・あり ( ) ・なし
鼻汁 鼻閉	・あり ( ) ・なし	強いだるさ	・あり ( ) ・なし
頭痛	・あり ( ) ・なし	味覚嗅覚障害	・あり ( ) ・なし
嘔気 嘔吐	・あり ( ) ・なし	下痢	・あり ( ) ・なし
その他の症状			

2. 上記1の症状に対して、お薬を使用しましたか？

・使用した (使用時間: ) (薬品名: )  
・使用していない

3. 2週間以内の行動・接触状況を教えてください。

海外渡航	・あり ・なし	・国名 ( ) ・帰国日 ( )
県外移動	・あり ・なし	・場所 ( ) ・移動日 ( )
複数人での会食	・あり ・なし	・場所 ( ) ・日付 ( ) ・同席者との関係 ( )
コロナ陽性者との接触	・あり ・なし	・最終接触日 ( ) ・接触内容 ( ) ・陽性者との関係 ( )

4. 新型コロナワクチンの接種状況を教えてください。<「接種済」の場合、詳細欄にも○印をつけてください>

コロナワクチン接種	・接種済 ・未接種	これまで新型コロナワクチンを接種した回数 ( 回 ) 直近の接種年月日 ( 年 月 日 / ・覚えていない ) <small>※年月日すべてがわからない場合、年と月のみでも可。</small> 直近に接種した新型コロナワクチンのメーカー ・ファイザー ・モデルナ ・アストラゼネカ ・ノババックス ・不明 ・その他のメーカー ( )
-----------	--------------	---

5. 基礎疾患の有無を教えてください。<「あり」の場合、該当疾患(詳細欄)にも○印をつけてください>

基礎疾患	・あり ・なし	・悪性腫瘍 ・慢性呼吸器疾患(COPD等) ・慢性腎臓病 ・心血管疾患 ・脳血管疾患 ・喫煙歴 ・高血圧 ・糖尿病 ・脂質異常症 ・肥満(BMI30以上) ・臓器移植、免疫抑制剤、抗がん剤の使用その他の事由による免疫機能の低下 ・妊娠 ・その他の基礎疾患 ( )
------	------------	--