

新型コロナウイルス感染症問診票

| | |
|--------|---------------------------------------|
| (ふりがな) | |
| 名前 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | () - ※携帯電話をお持ちの方は、携帯電話の番号をご記入ください |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳 |

下記にご記入又は○を入れてください。

| | |
|------------------------------|--|
| いつから症状が出ていますか？ | 月 日 時頃 最初の症状（発熱・咳・鼻閉・鼻汁・咽頭痛・倦怠感） |
| 現在の症状に○をつけてください | 熱 () 本日の体温→ . °C 咳 ()、咽頭痛 ()、鼻水・鼻づまり () 体のだるさ ()、頭痛 ()、嘔気・嘔吐 () 下痢 ()・味覚・嗅覚障がい ()・その他 () |
| 病気はありますか | ある () →持病の内容を下記にご記入ください ない () |
| 病気がある場合 | がん ()、慢性呼吸器疾患（COPD等） () 慢性腎臓病 ()、心血管疾患、 () 脳血管疾患 ()、糖尿病 ()、高血圧 () 脂質異常症 ()、臓器の移植 () その他 () |
| 右記の薬を内服していますか | 内服あり→抗がん剤 ()、免疫抑制剤 () 内服なし () |
| たばこは吸っていますか？ | 吸っている () →1日 本、 歳から 吸っていない () |
| 身長、体重をご記入ください | 身長 () cm、体重 () kg |
| ワクチン接種を受けていますか？ | 未接種 () 接種済み (1回済 ・ 2回済 ・ 3回済 ・ 4回済) |
| 受けている場合は直近のワクチン接種年月日をご記入ください | () 回目 (年 月 日) /不明 →ワクチンの種類 ファイザー/モデルナ/その他 () /不明 |
| 妊娠されている方はご記入ください | 妊娠週数 () 出産予定日 年 月 日 |