

フリガナ		生年月日	年 月 日 () 歳
氏名		電話番号	() -
		携帯電話	- -
住所	〒 -		
現時点の居住	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 同上以外 〒 -		
職業	<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 福祉施設関係者 <input type="checkbox"/> 警察関係者 <input type="checkbox"/> 消防関係者 <input type="checkbox"/> 教師 <input type="checkbox"/> 学生		
	<input type="checkbox"/> 保育・幼稚園児 <input type="checkbox"/> 接待を伴う飲食店関係者 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()		
勤務先・学校名等		勤務地	都道府県 市町村

1.症状を教えてください。	現在の体温	SPO2	脈拍
----------------------	-------	------	----

- 発熱（最高体温 ℃ 月 日） 下痢 頭痛 咽頭痛 関節痛
体がだるい 呼吸苦 嘔吐 咳 嘔気 しびれ 味覚障害 嗅覚障害
その他 ()

2.症状はいつからですか？ (月 日 頃から)

3.過去2週間以内に渡航歴はありますか？

なし あり (月 日 ~ 月 日 渡航先:)

4.過去2週間以内に密閉・密集・密着となる場所 または 感染が疑わしい場所に行きましたか？

なし あり (イベント・会食・カラオケ・スポーツジム・出張・その他 [])

5.周囲に新型コロナウイルス感染症と診断された方はいますか？

いない いる (家族 職場 その他 [])

6.食物またはお薬のアレルギーはありますか？ なし あり (食品・薬剤名:)

7.治療中のご病気はありますか？ なし あり (下記もご記入ください。)

- 心不全 糖尿病 認知症 抗がん剤の使用 脂質異常症 (高コレステロール血症)
高血圧 免疫抑制剤の使用 脳血管疾患 呼吸器疾患 (COPD等) 透析治療中
その他 ()

8.現在、服用 または 使用しているお薬はありますか？

なし あり (当院での処方薬 その他 [])

9.現在、喫煙はしていますか？ なし (これまでの喫煙歴: なし () 本/日) あり

10.【女性の方へ】妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ なし あり (ヶ月)

11.お車について 車種/メーカー () 色 () ナンバー ()

※発熱外来を受診される方は医師の指示のもと、原則、
 「新型コロナウイルス抗原検査」および「インフルエンザウイルス検査」を実施します。