

フリガナ		生年月日	年 月 日 () 歳
氏 名	(男・女)	電話番号	() -
		携帯電話	- -
住所	〒 -		
現時点の居住	□同上 □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 市町 府県 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 °C 月 日 ） 咽頭痛 咳 嗅覚障害 関節痛
体がだるい 嘔吐 嘔気 下痢 しびれ 呼吸苦 頭痛 味覚障害
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、又は該当する項目はありますか？ 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
悪性腫瘍 慢性腎臓病 肥満 (BMI 30以上)
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: あり ()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 ()

12.ワクチン接種歴 1回目 無 有 不明 2回目 無 有 不明

接種年月日 (年 月 日) 接種年月日 (年 月 日)

ワクチンの種類 (製造会社:)

※発熱外来を受診される方は医師の指示のもと、原則検査を行います。