

フリガナ		生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	() 歳
氏名	(男・女)	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 〒 -						
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） のどの痛み 咳 たん 鼻水 呼吸苦
体がだるい 頭痛 関節痛 嗅覚障害 味覚障害 しびれ 嘔気 嘔吐 腹痛 下痢 寒気
その他

職員記入欄【濃厚接触者・保険（申請中・忘れ・未加入）・自費（¥ ）・法人・㊟前検・透析・職員】

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 海外、密閉・密集・密着となる場所、感染が疑わしい場所 に行きましたか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（海外・イベント・会食・カラオケ・スポーツジム・出張・その他 []）
4. 新型コロナウイルスに感染したことはありますか？	本人 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（感染日 年 月 日） 家族等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（感染日 年 月 日）
5. 過去6ヶ月以内にインフルエンザに感染しましたか？	本人 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（感染日 年 月 日） 家族等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（感染日 年 月 日）
6. 食物またはお薬のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（下記もご記入ください。） <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患（COPD等） <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症（高コレステロール血症） <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 肥満（BMI 30以上） <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 当院での処方薬 <input type="checkbox"/> その他 []）
9. 現在、喫煙はしていますか？	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> 過去にあり（ 本/日） ・ <input type="checkbox"/> 現在あり（ 本/日）
10. 【女性の方へ】妊娠中または妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり（ ヶ月）
11. お車について	車種/メーカー（ ） 色（ ） ナンバー（ ） 《駐車場所》 受付テント前 ・ 調剤薬局側 ・ 第1駐車場（手前・真ん中・奥） ・ 第2駐車場
12. 直近のワクチン接種歴	接種回数（ ）回 直近の接種日（ 年 月 日）ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ

※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。