

名前(かか) _____ 生年月日 _____ 年齢 _____ 性別 _____

住所 _____ 電話番号 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

☆症状

熱 (月 日 時 ~ 度)
咳 (月 日 ~) 鼻水 (月 日 ~) のどの痛み (月 日 ~) 頭痛 (月 日 ~)
嘔吐 (月 日 ~) 吐き気 (月 日 ~) 腹痛 (月 日 ~) 下痢 (月 日 ~)
倦怠感 (月 日 ~) 筋肉痛 (月 日 ~) 関節痛 (月 日 ~)
味覚、嗅覚の異常 (有・無) 食欲低下 (月 日 ~) 呼吸困難 (月 日 ~)

☆コールセンター等への問い合わせ (有・無)

有の方 紹介元 _____

☆学校や職場にコロナウイルス感染症にかかった人はいますか? (はい・いいえ)

☆家族にコロナ陽性の方がいますか? (いいえ・はい→いつから どなたが
あなたは濃厚接触者ですか? はい・いいえ)

☆抗原検査をしましたか (いいえ・はい→検査日 陽性・陰性)

☆PCR 検査希望 (有・無)

☆仕事・幼稚園・保育園・学校の有無 (有・無)

仕事有の方 職種
勤務地
通勤方法 (車・電車・バス・徒歩) 最終勤務日 (月 日)

保育園・幼稚園・学校有の方 施設名
施設所在地
登園・通学方法 (車・電車・バス・徒歩) 最終登園・通学日 (月 日)

☆外食・会食の有無 (有・無)

・有の方 人数 人 月 日

☆女性の方に・・・妊娠していますか? (はい・いいえ)

☆家族構成

☆基礎疾患など

糖尿病 慢性呼吸器疾患 重度心血管疾患 高血圧症 慢性腎臓病 (GFR<30)
 肥満 (BMI≥30) 免疫抑制剤・抗がん剤の使用 治療中の悪性腫瘍
 血液移植・骨髄移植・原発性免疫不全・HIV 臓器移植後 妊娠中 (週)
 喫煙歴 その他 (_____)

☆ワクチン接種歴 (無し・1回・2回・3回)

メーカー () 1回目 月 日 / 2回目 月 日 / 3回目 月 日