

名前（かた） \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

電話番号① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_

☆症状

熱（ 月 日 時～ 度）→ 現在 \_\_\_\_\_ °C  
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（ 月 日～） 食欲低下（ 月 日～） 呼吸困難（ 月 日～）

☆学校や周りにコロナウィ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）

☆女性の方に・・・妊娠していますか？（はい・いいえ）

☆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（ \_\_\_\_\_ ）

☆コロナワクチン接種回数 \_\_\_\_\_ 回