

問 診 票

お名前

携帯番号

年 月 日

1. 以下の症状であてはまるものにチェック (☑) または記載してください (複数選択可)。

- 発熱 (最高 °C) 咳 のどが痛い、いがいが 痰 鼻水 息苦しい 体がだるい
関節や筋肉が痛い 頭痛 吐き気 嘔吐 下痢 においがわからない 味がしない
その他 (具体的に: _____)

2. コロナ陽性者と接触がありましたか? あてはまるものに (☑) または記載してください。

- なし 同居家族 同居以外の家族 職場 (学校) 友達 その他 (_____)
いつ: _____ どんなふうに: _____

3. ご自身がコロナに感染したことはありますか? いいえ はい → いつ頃 (_____)

4. いつから症状がありますか?

発熱 月 日から 月 日まで (または今も熱あり)

解熱剤は 使った 使わず (薬の名前がわかれば: _____) 発熱以外の症状は 月 日から

・コロナの検査を希望しますか? はい いいえ ※検査は 469 点(3 割負担で 1410 円)お費用がかかります

5. ご職業にチェック (☑) または記載してください。

- 医療/福祉関係 医療関係以外の仕事 無職 学生 その他 (_____)

6. 治療中の病気はありますか? 以下の病名にチェック (☑) または記載してください。

- なし 悪性腫瘍 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) 慢性腎臓病 高血圧 糖尿病 脂質異常症
肥満 (BMI30 以上) 喫煙歴 (_____ 本/日を _____ 年) その他 (_____)
抗がん剤使用中 免疫抑制剤使用中

7. 女性の方のみ。妊娠していますか? はい (_____) 週 いいえ 可能性あり

8. 新型コロナウイルスワクチン接種歴について

- 新型コロナウイルスワクチン接種回数 (_____ 回) 直近の接種年月日 (_____ 年 月 日)
直近の接種ワクチンの種類 (ファイザー/モデルナ/アストラゼネカ/不明) 接種なし

9. 現在、お薬を服用していますか? はい いいえ (お薬手帳をお持ちの方はお渡し下さい)

分かる範囲でお書きください。(_____)

お薬でアレルギーはありますか? あればご記入ください。(_____)

10. 未成年の方のみ。保護者の方の氏名 (_____) 携帯番号 (_____)

別居の場合は保護者の方の住所 (_____)