

新型コロナウイルス感染症 問診票

受診日 月 日

ID [] 氏名 [] 職業 []
 携帯番号 [] 未成年の場合は保護者の氏名 []
 車種 [] ナンバー [] 車の色 []

1. バイタル

・体温 = [] °C SpO₂ = [] % 身長 [] 体重 []

2. 症状

症状	有無	いつから
・発熱 (37.5°C以上)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
・咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
・咳以外の急性呼吸器症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
・全身倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
・頭痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
・嘔気/嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
・下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
・結膜炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
・嗅覚・味覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
・咽頭痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
・その他、現在残存している症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

3. 新型コロナウイルス感染者との接触歴

・濃厚接触 : なし あり

いつ : []

場所 : []

・感染流行地域への訪問・滞在 : なし あり

いつ : []

場所 : []

4. 新型コロナウイルスワクチン接種歴 : なし あり 不明

1回目 = [年 月 日] 不明 ワクチンの種類 [ファイザー・モデルナ・その他・不明]

2回目 = [年 月 日] 不明 ワクチンの種類 [ファイザー・モデルナ・その他・不明]

3回目 = [年 月 日] 不明 ワクチンの種類 [ファイザー・モデルナ・その他・不明]

4回目 = [年 月 日] 不明 ワクチンの種類 [ファイザー・モデルナ・その他・不明]

5. 重症化のリスク因子となる疾患等の有無 : なし あり

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

その他 []

6. 妊娠中、あるいは妊娠の可能性があるか : なし あり

※住所 (住民票) と所在地が異なる場合は以下に記入 (例: 帰省中、出張中の滞在先)