

# 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 SpO<sub>2</sub> = [ ] % 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）