

新型コロナウイルス感染症 問診票

受診日 月 日

ID [] 氏名 [] 年齢 [] 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何回ワクチンを接種しましたか? []回
- ②最後に接種した日はいつですか? []年 []月 []日
- ③最後に接種したワクチンの種類は? 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 慢性呼吸器疾患 (COPD 等) 慢性腎臓病 心血管疾患 脳血管疾患
- 喫煙歴 高血圧 糖尿病 脂質異常症 肥満 (BMI30 以上)
- 臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用、その他の事由による免疫機能の低下
- 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

※現住所と別の場所に滞在している場合はこちらへ必ずご記入ください (例: 帰省、出張、旅行など)