

記入 年 月 日 ●お名前 ()

1. いつから熱が出ていますか？ (月 日 時 頃から 最高 °C)
2. 熱以外の症状に○をつけて下さい。
だるさ 咳 息苦しさ 喉の痛み 消化器症状 味がしない その他 ()
3. 食事量についてお聞きします。 ○をつけて下さい。
普通の2/3は食べられる ・ 普通の半分は食べられる ・ ほとんど食べられない ・ 飲水のみ
4. 新型コロナウイルス感染者の方と接触がありましたか？
(なし ・ あり) ⇒ 「あり」の方 (時期や場所:)
5. 検査センター等で新型コロナの検査を事前に受けられましたか？
はい → 結果 (陽性・陰性) (検査日 月 日)
いいえ
6. 新型コロナウイルスの検査を希望されますか？ (はい ・ いいえ)
7. 連絡先の記入を必ずお願いします。会計の関係で住所の記入もお願いします。

| |
|--------------------------------|
| ① 第一連絡先: _____ ⇒ ご本人・ご家族 () 様 |
| ② 第二連絡先: _____ ⇒ ご本人・ご家族 () 様 |
| ③ 郵送先住所: 〒 _____ 市 _____ |
8. 家族構成 ⇒ () 人暮らし ⇒ 同居者に症状が出ている方はいますか？ (いる ・ いない)
9. お仕事はされていますか？ 職業 () 無職
10. 現在治療中の病気は？ ()
現在の内服薬は？ ()
11. 喫煙歴はありますか？ () 歳から () 歳まで 1日 () 本
12. 薬・食べ物のアレルギーはありますか？ ()
13. コロナワクチン予防接種について: ○をつけて下さい。
未接種 1回 2回 3回 (最終接種時期)
14. 女性の方へお聞きします。 ⇒ 妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

*ご記入ありがとうございました。