

※ 必ず全ての項目を空白なく記載してください ※

氏名 _____

連絡のつく電話番号 _____

① 保健所への連絡

無

有

連絡日 月 日

内容 保健所からどのように言われましたか

② 現在の体温

_____ °C

③ 医師による確認事項 当てはまるものにチェック

| | | | |
|-----------------|---|------|---|
| 妊娠の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 妊娠月数 | (医療機関) |
| 喫煙の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 喫煙歴 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 基礎疾患の有無 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(COPD等) <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> 免疫抑制の使用 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 疫学情報 (2週間以内) | <input type="checkbox"/> 推定感染源あり | | |

④ 症状のあるものにチェック

| | | | |
|------------------------------------|------------|--------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> 咳 | (月 日から出現) | <input type="checkbox"/> 頭痛 | (月 日から出現) |
| <input type="checkbox"/> 発熱(~ °C) | (月 日から出現) | <input type="checkbox"/> 嘔気/嘔吐 | (月 日から出現) |
| <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 | (月 日から出現) | <input type="checkbox"/> 喉の痛み | (月 日から出現) |
| <input type="checkbox"/> 呼吸苦 | (月 日から出現) | <input type="checkbox"/> 結膜炎 | (月 日から出現) |
| <input type="checkbox"/> 味覚・臭覚異常 | (月 日から出現) | <input type="checkbox"/> 鼻水 | (月 日から出現) |

⑤ その他の症状 詳しく書いてください (月 日から出現)

⑥ ここ1ヶ月の渡航歴

無

有

月 日 ~ 月 日 場所 ()

⑦ ここ1ヶ月の県外へ外出

無

有

月 日 ~ 月 日 場所 ()

⑧ 周囲にコロナ感染者・疑いの方がおられますか

はい ・ いいえ

⑨ 新型コロナワクチン予防接種

未

済 1回目 (月 日) 2回目 (月 日)