

※ 必ず全ての項目を空白なく記載してください ※

氏名 _____

電話番号 _____

住所 〒 _____

(未成年の場合) 保護者氏名 _____ 保護者電話番号 _____

保護者住所 〒 _____

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 身長 _____ cm 体重 _____ kg

③ 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	<input type="checkbox"/> 推定感染源あり(2週間以内)		

④ 症状の有無 なし / あり(下に記入)

<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 月 日

⑩ PCR検査の希望 希望する / 希望しない