

※ 必ず全ての項目を空白なく記載してください ※

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 大昭平令 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)

性別 男 ・ 女 \_\_\_\_\_ つながりやすい電話番号 (携帯) \_\_\_\_\_

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 現在の体温 \_\_\_\_\_ °C 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

② 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 _____)
現在喫煙の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	過去の喫煙歴	<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( _____ )		
<input type="checkbox"/> なし			

③ 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)

④ その他の症状 あれば書いてください ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から出現)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

⑤ 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

⑥ 新型コロナワクチン予防接種 接種回数 \_\_\_\_\_ 回  
最終接種日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (製造会社 \_\_\_\_\_)