

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

記入日 西暦_____年____月____日

ふりがな

お名前 _____ □男 □女 年齢 _____ 才

生年月日：(昭和・平成・令和) _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所：〒 _____

電話：保健所との連絡に重要です。確実に連絡がつく番号を記載ください。

(携帯電話) _____ (自宅固定電話) _____

1. あてはまる症状にチェックしてください。

熱 咽頭痛 咳 鼻水 痰 関節痛 頭痛 下痢 腹痛

そのほか (_____)

* 最初の症状はいつ出ましたか? : _____ 月 _____ 日頃 (_____ 日前)

2. 治療を希望される症状はどれですか?

熱 咽頭痛 咳 鼻水 痰 関節痛 頭痛 下痢 腹痛

そのほか (_____)

* お子さんの場合、薬の形状はどれが良いですか? : 粉末 錠剤 座薬

3. 同居家族、学校、職場などで最近新型コロナウイルス感染症になった方がいますか?

いない いる (どなた? : _____)

その方の学校名、またはご職業を教えてください。(_____)

4. コロナにかかったことがありますか? いいえ はい (それはいつ頃ですか? : _____)

5. これまでに受けたコロナワクチンの接種回数を教えてください。

0回 1回 2回 3回 4回 5回

6. 現在治療中の病気があれば教えてください。

がんなど悪性腫瘍 慢性呼吸器疾患 (肺気腫、間質性肺炎、肺塞栓症、気管支拡張症など)

慢性腎臓病 心血管疾患 (狭心症、心筋梗塞、心不全など) 脳血管疾患 (脳梗塞、脳出血)

高血圧 糖尿病 脂質異常症 臓器移植、免疫抑制剤、抗がん剤使用など免疫抑制状態

喫煙歴 (過去 30 日以内かつ生涯に 100 本以上) 肥満 (身長 _____ cm、体重 _____ kg)

7. 妊娠中ですか?あるいは妊娠の可能性ありますか?

妊娠中 (_____ 週) 妊娠の可能性あり 妊娠の可能性なし

8. 現在服用中のお薬を教えてください。

なし あり (_____)