

氏名: _____ 生年月日: 年 月 日 (歳) 携帯番号(本人) _____
職場/学校名 _____ 住所: 〒 _____
※未成年の場合 保護者氏名: _____ 保護者連絡先: _____

・バイタルサイン

体温: _____ °C いつから: _____ 脈: _____ 回/分 酸素飽和度(SpO2): _____ %

※ 女性の場合:妊娠の可能性はありますか? 有・無 ※ 解熱剤内服の有無 有・無
有の場合⇒最終内服時間: _____ 時頃
※ 身長: _____ cm 体重: _____ kg

・以下の基礎疾患や既往はありますか?

はい いいえ
⇒「はい」の場合、下記にチェックしてください
 心疾患 糖尿病 高血圧 慢性閉塞性肺疾患 慢性腎臓病
 ステロイド長期内服中 免疫抑制剤服用中 その他 _____

・呼吸器症状(呼吸困難・咳嗽・喀痰)や、味覚/嗅覚異常はありますか?

はい いいえ
⇒「はい」の場合 症状: _____ いつから: _____

・その他の症状はありますか?

はい いいえ
⇒「はい」の場合、下記にチェックしてください
 のどの痛み 頭痛 腹痛 下痢 嘔吐 吐き気
 鼻水・鼻づまり 倦怠感 咳 その他 _____

・2週間以内に、県内以外の方と接触したり、あるいは県外や海外に移動しましたか?

はい いいえ
⇒「はい」の場合 どちらですか? _____ いつですか? _____

・2週間以内に、新型コロナウイルス感染疑いの方と接触しましたか?

はい いいえ
⇒「はい」の場合 いつですか? _____ ご関係 _____

・アレルギーはありますか?(食物・薬物)

はい いいえ
⇒「はい」の場合 何のアレルギーですか? _____

・喫煙歴はありますか?

はい いいえ
⇒「はい」の場合 1日何本吸いますか? _____ 本 何歳から吸っていますか? _____ 歳

・新型コロナウイルスワクチンは接種していますか?

はい ・接種回数: _____ 回 ・直近の接種年月日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日、
・直近の接種ワクチン: ファイザー・モデルナ・不明・その他 (_____)
 いいえ