

発熱・コロナ問診表

カナ () 氏名	性別 男・女	生年月日 西暦 年 月 日	年齢 歳
--------------	-----------	---------------------	---------

住所 (住民票) 〒 電話 () 携帯 ()
現住所 (現在のお住まいが上記以外の場合) 〒 電話 () 携帯 ()

※優先連絡先に○印をつけてください

職業 (具体的に)

現在加療中の病気はありますか なし あり ()

現在の症状に○をつけてください 発熱 (°C) 咳 頭痛 咽頭痛 味覚障害 嗅覚障害 腹痛 吐気 下痢 その他の症状 ()
1週間以内に発熱症状はありましたか なし ・ あり (/ ~ / 最高 °C) (例 9/4~9/6 最高39.0°C)

喫煙 なし・あり (本/日)

妊娠 なし・あり

コロナ陽性者との濃厚接触 なし・あり (いつ頃 誰と)

現在同居している人〔父・母・配偶者・子供 人・祖父・祖母・その他 ()〕・一人暮らし

新型コロナワクチン接種の有無 無・有 直近の ワクチン接種日 回目 年 月 日 ファイザー モデルナ その他
--