

氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日

来院手段：自家用車・その他（ _____ ）

自家用車の場合（車種/色/ナンバー： _____ ）

症状についてお答えください

医院記入欄 KT： _____ SpO2： _____

(あり・なしに○を付けてください)

- | | |
|------------|-----------------------------------------------|
| ・発熱 | あり (_____ 月 _____ 日頃から) ・なし (最高 _____ °C) |
| ・呼吸苦 | あり (_____ 月 _____ 日頃から) ・なし |
| ・咳 | あり (_____ 月 _____ 日頃から) ・なし |
| ・痰 | あり (_____ 月 _____ 日頃から) ・なし |
| ・鼻汁 | あり (_____ 月 _____ 日頃から) ・なし |
| ・喉の痛み | あり (_____ 月 _____ 日頃から) ・なし |
| ・倦怠感 (ダルさ) | あり (_____ 月 _____ 日頃から) ・なし |
| ・関節や体の痛み | あり (_____ 月 _____ 日頃から) ・なし |
| ・頭痛 | あり (_____ 月 _____ 日頃から) ・なし |
| ・吐き気や下痢 | あり (_____ 月 _____ 日頃から) ・なし |
| ・味覚や臭覚の障害 | あり (_____ 月 _____ 日頃から) ・なし |

2週間以内の行動に関し、お答えください (診察に必要な情報ですのでご記入ください)

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| ・海外や首都圏、沖縄などの流行地域への往来 | あり (_____ 月 _____ 日頃) ・なし |
| ・家族や職場に新型コロナの感染 | あり (関係 _____) ・なし |
| ・会食やカラオケへの参加 | あり (_____ 月 _____ 日頃) ・なし |
| ・コロナワクチンの予防接種を受けましたか | はい (_____ 月 _____ 日頃) ・いいえ |
| ・コロナの検査を希望されますか | はい _____ ・いいえ _____ |
| ・その他、心配な事はございますか？ (_____) | |

・PCR検査を受けた場合、結果の連絡に必要ですので電話番号をご記載ください
(メールでの連絡をご希望の方はメールアドレスもご記載ください)

電話番号： _____

(8時~21時までの間、確実に連絡が取れる番号)

メールアドレス： _____

医院記入欄： 連絡 保健所 HER-SYS