

えんぴつでご記入ください

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)

・海外渡航	あり（ _____ 月 _____ 日頃）	・なし
・首都圏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
	（ファイザー・モデルナ）	
・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