

来院日 令和 年 月 日

氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日生 歳 (男:女)

住所

電話

- () -

1、以下の症状で該当するものにチェックしてください(複数可)

- 発熱(37.5度以上) 日から 日間 最高体温 °C
- 熱が出たので解熱剤を飲んでいる 日から 日間
- 息苦しい
- 咳が出る
- 痰が出る
- のどが痛い
- 体がだるい
- 味覚がおかしい
- 嗅覚がおかしい
- 下痢
- 吐き気

2、新型コロナウイルスに感染した人と濃厚接触がありましたか。 なし あり

- 感染者と同居、
- 車内や航空機内などで2メートル以内での長い時間の会話、
- マスクや手袋などの个人防护具無しで感染者の看護、介護をしていた
- 感染が疑われる者の気道分泌物、体液などに直接接触した。

3、治療中の病気はありますか。 なし あり

- 糖尿病
- 呼吸器疾患(病名:)
- 心疾患(病名:)
- 腎疾患(病名:)
- 免疫抑制剤服薬(病名:)
- 抗がん剤服薬(病名:)
- その他 具体的に ()

4、今回の症状が出る前の2週間以内に新型コロナ感染が多発している地域に行きましたか。

なし あり

5、最近ライブハウス、スポーツクラブ、介護施設、老人ホーム、会食など感染者が多発した施設あるいはイベントに行きましたか

なし あり

6、コロナ抗原検査を希望しますか。

- します
- しません
- 少し様子を見たら判断したい