

熱: _____ °C・脈拍 _____ 回/分・SpO₂ _____ %・血圧 _____ mmhg

お名前 _____ ・年齢 _____ 歳・性別 _____ 男性・女性

職業 _____ ・勤務地 _____ ・身長 _____ cm・体重 _____ kg

1. 症状はいつから始まりましたか。

- 発熱 (_____ 月 _____ 日から)、(最高 _____ °C) 嘔気/嘔吐 (_____ 月 _____ 日から)
- 咳 (_____ 月 _____ 日から) 下痢 (_____ 月 _____ 日から)
- 全身倦怠感 (_____ 月 _____ 日から) 結膜炎 (_____ 月 _____ 日から)
- 頭痛 (_____ 月 _____ 日から) 嗅覚・味覚障害 (_____ 月 _____ 日から)
- 咽頭痛 (_____ 月 _____ 日から) 鼻汁 (_____ 月 _____ 日から)
- その他症状 (_____)

2. 新型コロナワクチン接種歴→わかる範囲内で良いのでご記入ください。

①ワクチン接種回数 (_____)回

②直近の新型コロナワクチン接種はいつですか。(_____ 年 _____ 月 _____ 日頃・不明)

③ワクチンの製薬会社 (ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・ノババックス・その他・不明)

3. 新型コロナウイルス感染症にかかったことはありますか。(いいえ・はい)

①はいの方→(いつ頃 _____ 年 _____ 月頃)、(入院治療・自宅療養・ホテル療養)

4. 濃厚接触者ですか。(いいえ・可能性がある・はい)

4. 周囲に新型コロナウイルス感染者はいますか。(いいえ・はい)

はいの方、あなたとのご関係は？〔(同居家族・職場の人・その他(_____))〕

5. 過去に大きな病気やケガ、手術を受けたことはありますか。(いいえ・はい)

①はいの方→(病名: _____)
(術名: _____)、輸血の経験:(無・有)

6. 現在、治療を受けている疾患はありますか。(いいえ・はい)→(疾患名: _____)

7. 現在、内服している薬はありますか。(いいえ・はい)→(薬剤名: _____)

8. 飲酒・喫煙の習慣

①お酒 [(飲まない・飲む)→(何を _____ ・ _____ mL・ _____ 回/ _____ 日)]

②タバコ [(吸わない・以前吸っていた(_____ 年前)・吸っている (_____ 本/ _____ 日)]

9. 食べ物、薬のアレルギーはありますか。(いいえ・はい)

①はいの方→(食品名: _____ ・薬剤名: _____)

10. 周囲でインフルエンザの方との接触、または流行はありますか。(いいえ・はい)

11. インフルエンザワクチンの接種はしましたか。(いいえ・はい)→(_____ 年 _____ 月頃に接種)

12. 女性の方へ ①現在、妊娠はしていますか。(いいえ・はい)→(何週: _____)

②前回の生理はいつですか。(_____ 月 _____ 日～ _____ 日間: 周期 _____ 日)

③閉経は (_____ 歳)

13. 渡航歴はありますか。(いいえ・はい)→[(_____ 年 _____ 月頃にどこへ _____)]

14. その他何かご質問があればご記入ください。尚、診察の際には質問を繰り返えさせて頂く事もあります。
(_____)