

COVID-19 感染防止対策 発熱者・PCR 検査・抗体検査問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

お名前 _____ □男・□女 生年月日 ____ / ____ / ____ 生

検査結果郵送先ご住所

〒 _____ 電話番号 _____

※ 現在、風邪症状（熱、咳、咽頭痛、倦怠感など）は □なし・□あり 体温 _____℃

～設問に✓と期間などを記載してください～

下記の症状が 6 か月以内にありましたか

- ☆発熱 □なし・□あり（最高 _____℃：月 日から）約 _____日間
- ☆咳 □なし・□あり（月 日から）約 _____日間
- ☆痰 □なし・□あり（月 日から）約 _____日間
- ☆息苦しさ □なし・□あり（月 日から）約 _____日間
- ☆倦怠感 □なし・□あり（月 日から）約 _____日間
- ☆咽頭痛 □なし・□あり（月 日から）約 _____日間
- ☆味覚・嗅覚の異常 □なし・□あり（月 日から）約 _____日間
- ☆下痢 □なし・□あり（月 日から）約 _____日間
- ☆吐き気 □なし・□あり（月 日から）約 _____日間
- ☆頭痛 □なし・□あり（月 日から）約 _____日間
- ☆筋肉痛・節々の痛み □なし・□あり（月 日から）約 _____日間
- ☆発疹 □なし・□あり（月 日から）約 _____日間
- ☆食欲低下 □なし・□あり（月 日から）約 _____日間
- ☆上記以外（ _____ ）

喫煙歴 □なし・□あり（ _____年間）

集団感染リスク（6 か月以内）

- ☆海外旅行 □なし・□あり（地域 _____）（期間 月 日～ 月 日）
- ☆濃厚接触 □なし・□カラオケ □ライブハウス □接待を伴う飲食店
□スポーツジム □一定時間屋内での複数の人と接触
- ☆家族や職場で新型コロナウイルス感染者 □なし・□あり（関係 _____）
- ☆仕事 医療従事者 →具体的に（ _____） その他→（ _____）

既往歴 新型コロナウイルス感染症 □なし・□あり（月 日 PCR にて確定）

現在治療中の病気

- ★疾患名 □なし
- 高血圧 □ 糖尿病 □ 心臓病 □ 脳血管疾患 □ 肝臓病 □ 腎臓病 □ 透析
- ぜんそく □ 膠原病 □ 悪性腫瘍（ _____ ） □ その他（ _____ ）

現在服用している薬

- ★常用薬、内服中の薬 □なし・□あり（ _____ ）
- ★免疫抑制剤 □なし・□あり（ _____ ）
- ★ステロイド □なし・□あり（ _____ ）

妊娠（女性の方） □いいえ・□はい（ _____週目）

以上