

COVID-19 受診票

(記入 年 月 日)

氏名	フリガナ	ID
住所	〒	
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
電話番号	自宅	携 帯
勤務先 住所 電話番号		

未婚・既婚 職業： 職種： 年齢： 身長： 体重：

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(37.0℃以上) ____日から____日間 最高体温 ____℃ 今の体温 ____℃ SPO2 ____%

熱がでるので解熱剤で対応している ____日から____日間

____日から のどが痛い せきが出る 痰がでる いき苦しい 体がだるい

____日前から においがわからない・わかりにくい・嫌なにおいがする

____日前から 味がわからない・わかりにくい・金属のような味がする

2 最近、「3密」(密閉・密集・密接)と言われる場所や集団での感染があった場所に行きましたか。

なし あり

3 治療中の病気はありますか。 なし あり

糖尿病 心臓 呼吸器 腎臓 免疫抑制治療

がん 抗がん剤 その他 具体的に(_____)

4 女性の方へお伺いします。妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか。

なし あり

5 今までに、薬や注射で具合が悪くなった事はないでしょうか

有 (薬品名: _____) ・ 無

6 現在、治療中の病気があればお答え下さい

(病名: _____)

(内服薬名: _____)

7 新型コロナウイルスに感染したことがわかっている方と、その方が発熱及び咳・呼吸困難などの症状がでる2日前から隔離されるまでの間に、濃厚接触(のうこうせつしょく)(*)がありましたか。

あるいは、強く咳き込んでいる方と、濃厚接触がありましたか。

なし あり

8 その他 タバコ(すう・すわない) 1日 本 年来

酒 (飲む・飲まない) 1日 本 合