

問診票

フリガナ

氏名

生年月日 _____ 年齢 _____
年 月 日 才

連絡先電話番号

〒 (_____)

住所

スタッフ記入欄

検体採取日

検温

°C

SpO2

%

以下の項目にご記入をお願いします。分からないところはスタッフにお尋ねください

① 発症した日 _____ 月 _____ 日

② 新型コロナワクチン接種歴 接種回数 _____ 回

もっとも最近の接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ワクチンの種類 ファイザー製 ・ モデルナ製 その他 (_____)

③ 重症化のリスクとなる因子をお持ちですか

1	ガン・悪性腫瘍など	無し	・	有り
2	肺・呼吸器の病気	無し	・	有り
3	腎臓病	無し	・	有り
4	心臓病	無し	・	有り
5	脳・血管の病気	無し	・	有り
6	喫煙歴	無し	・	有り
7	高血圧	無し	・	有り
8	糖尿病	無し	・	有り
7	脂質異常	無し	・	有り
8	肥満(BMI 30以上)	無し	・	有り
9	免疫抑制剤・抗がん剤などによる免疫低下	無し	・	有り
10	妊娠	無し	・	有り

④ 現在の症状に○をしてください

1	発熱	無し	・	有り
2	セキ	無し	・	有り
3	セキ以外の呼吸器症状	無し	・	有り
4	胸の痛み	無し	・	有り
5	とても息苦しい	無し	・	有り
6	全身がだるい	無し	・	有り
7	頭痛	無し	・	有り
8	吐き気	無し	・	有り
9	下痢	無し	・	有り
10	嗅覚・味覚障害	無し	・	有り
11	ノドの痛み	無し	・	有り
12	その他の症状	無し	・	有り
	症状 (_____)			

⑤ 感染経路について (確定 ・ 推定 ・ 不明)

(1) 感染の原因・経路がわかればご記入ください 1.飛沫 2.接触感染 3.その他(_____)

(2) どこで感染したか、わかればご記入ください (確定 ・ 推定 ・ 不明)

国内 _____ 県 _____ 市 _____ 場所 (_____)

国外 _____ 国 _____ 場所 (_____) 出国日 _____ 月 _____ 日

入国日 _____ 月 _____ 日

備考