

問 診 票

令和 年 月 日 (曜日)

患者氏名： 性別： 年齢：

生年月日：西暦 年 月 日 連絡先：

住所：

かかりつけ医： 体温：()°C 月 日 時頃から

車種： 色： 車両番号：

<症状> ※該当する症状にチェックを入れてください

- | | | |
|----------------------------------|------------|------|
| <input type="checkbox"/> 咽頭痛 | いつから：(月 日 | 頃から) |
| <input type="checkbox"/> 咳 | いつから：(月 日 | 頃から) |
| <input type="checkbox"/> 鼻汁・鼻閉 | いつから：(月 日 | 頃から) |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | いつから：(月 日 | 頃から) |
| <input type="checkbox"/> 倦怠感 | いつから：(月 日 | 頃から) |
| <input type="checkbox"/> 嘔気 | いつから：(月 日 | 頃から) |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | いつから：(月 日 | 頃から) |
| <input type="checkbox"/> 食欲不振 | いつから：(月 日 | 頃から) |
| <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚障害 | いつから：(月 日 | 頃から) |

<質問事項>

- ◆本人または同居する人に発熱・咳などの症状がある ある ない
- ◆現在同居する人が新型コロナウイルスに感染し「自宅隔離」等を要請されている ある ない
- ◆本人または同居人が過去7日以内にお住まいの都道府県以外の都道府県への移動がある
都道府県：() ある ない
- ◆過去10日以内に海外渡航歴がある ある ない

<新型コロナウイルスワクチンについて>

- ◆ワクチン接種回数 (回)
- ◆直近の新型コロナウイルスワクチン接種年月日 (西暦 20 年 月 日)
- ◆直近に接種した新型コロナウイルスワクチン
ファイザー モデルナ アストラゼネカ ノババックス 不明 その他()

<重症化のリスク因子となる疾病等の有無>

- 悪性腫瘍 慢性呼吸器疾患(COPD等) 慢性腎臓病 心血管疾患 脳血管疾患
- 喫煙歴 高血圧 糖尿病 脂質異常症 肥満(BMI30以上)
- 臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用その他の事由による免疫機能の低下 妊娠
- その他()