

お名前：

月 日

【症状について】わかる範囲で構いませんので、ご記入ください。

① 発熱  いつ（ / ）から（ ）日間  
  どの位（ ）℃

発熱後に医療機関は受診しましたか？

はい（            日前に受診）            いいえ

ご自身で抗原キット検査はしましたか？

はい（いつ            結果： 陽性・陰性 ）

いいえ

② 当てはまる症状に○をつけてください。

咳    息苦しさ    強いだるさ    関節の痛み    味覚異常    嗅覚異常  
痰（色：    ）    喉の痛み    頭痛    鼻水・くしゃみ  
吐き気    下痢    腹痛

③ 治療中の病気はありますか？あてはまるものすべてに○をつけてください。

糖尿病    心不全            呼吸器疾患（ぜんそくや肺気腫など）  
高血圧    透析を受けている    免疫抑制剤や抗がん剤を用いている

\*内服薬がある方はお薬手帳をご用意ください。

④ 新型コロナウイルス感染症であることが確定した人と濃厚接触をしましたか？

はい（いつ頃            ）

いいえ

⑤ コロナワクチンは何回接種していますか？

未接種    1回    2回    3回    4回    5回以上

⑥ その他、気になる症状などがあればご記入ください。

【スタッフ使用欄】 SPO2:            連絡票：有・無  
Flu    Cov    PCR    溶連菌    アデノ    マイコ  
X-P    CRP    内服（院内・院外）