

年 月 日 ●お名前 ()

1. いつから熱が出ていますか？ (月 日 時頃から 最高 °C)
2. 熱以外の症状に○を付けてください。
だるさ 咳 息苦しさ 喉の痛み 消化器症状 味がしない その他 ()
3. 食事量について○を付けてください
・普通 ・普通の2/3 ・普通の半分 ・ほとんど食べれない飲水のみ
4. 新型コロナウイルス感染の方と接触がありましたか？
(なし・あり) ⇒ 『あり』の方 (時期や場所:)
5. 新型コロナ検査を検査センター等で事前に受けましたか？○を付けてください
はい →結果 (陽性・陰性) (検査日 月 日)
いいえ
6. 新型コロナウイルスの検査を希望されますか？ ⇒ (はい・いいえ)
7. 陽性の場合 (適応が有る場合)
新型コロナウイルス経口治療薬の服用を希望しますか？ (はい・いいえ)
8. 連絡先の記入を必ずお願いします。会計の関係で住所の記入もお願いします
- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| { | ① | 第一連絡先: TEL _____ ⇒ ご本人・ご家族 (_____ 様) | } |
| { | ② | 第二連絡先: TEL _____ ⇒ ご本人・ご家族 (_____ 様) | } |
| { | ③ | 郵送先住所: □□□-□□□□ _____ 市 | } |
9. 家族構成⇒ () 人暮らし⇒同居者に症状がある方は？ (いる・いない)
10. お仕事はされていますか？ 職業は？ () 無職
- 11 現在治療中の病気は？ () 現在の内服薬は？ ()
12. 喫煙歴はありますか？ () 歳から () 歳まで1日 () 本
13. 薬・食べ物のアレルギーはありますか？ ()
14. コロナワクチン予防接種について；○をつけてください
未接種 1回 2回 3回 (最終接種時期 _____)
15. 女性の方へお聞きします。→妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ)