

新型コロナウイルス関連問診表

フリカゝナ 氏名	男・女	職業：
生年月日（大・昭・平・令） 年 月 日（才）		
住 所		
連絡先①：		連絡先②：
なるべく携帯電話で。連絡先②は①に連絡がつかない場合に、連絡できる連絡先を記入してください		
現在の体温	℃	身長 cm 体重 kg

1) いつから、どのような症状がありますか？（コロナ陽性者との接触あればそれも記載を）

2) 発熱 なし あり（最高 ℃、いつから： ）

3) 風邪薬・解熱薬の服用 あり なし
（市販薬 ・ 処方薬）薬名：

4) せき あり なし 5) 息苦しさ あり なし

6) のどの痛み 強い 少し なし

7) 強い倦怠感 あり なし 8) 嗅覚障害・味覚障害 あり なし

9) 2週間以内に県外・海外滞在 あり なし
（場所： いつからいつまで： ）

10) コロナウイルス感染の可能性のある人と接触 あり なし

11) 家族や同居の方に、咳や発熱、風邪などの症状 あり なし

12) 下記の基礎疾患 あり なし
悪性腫瘍(癌) 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 気管支喘息 肝臓病
慢性腎臓病 高血圧 心臓病・不整脈 糖尿病 高脂血症
臓器移植 免疫抑制剤、抗がん剤などの使用
その他（ ）

13) コロナワクチン接種 済み（1回 / 2回 / 3回） 未接種