

問診票

ID

名前: _____ (_____ 歳)

携帯番号 (_____)

コロナ検査の希望 (ない / ある)
コロナを心配しているか (心配している / どちらとも言えない / していない)
他でコロナの検査をしましたか (いいえ ・ はい _____ ところで _____ いて _____)
そのときは 陽性 ・ 陰性 ()

【 症状 】 (_____ 月 _____ 日から)

発熱 (_____ °C (最高体温: _____ °C / _____ 月 _____ 日))

咽頭痛 (なし / あり)

咳 (なし / あり)

痰 (なし / あり)

息苦しさ (なし / あり)

だるさ (なし / あり)

味 (わかる / わからない)

におい (わかる / わからない)

その他 (頭痛 吐気/嘔吐 下痢 結膜炎 _____)

【 環境 】

- ・ 家庭内・周囲(保育園・学校・職場)で風邪症状のある人やコロナ濃厚接触者がいるか? (ない / ある)
- ・ 三密の環境にいたことがあるか? (ない / ある)
- ・ 二週間以内の渡航歴があるか? (ない / ある (_____))
- ・ 直近のワクチン接種 (_____ 回目 R. _____ 年 _____ 月 _____ 日 / ファイザー・モデルナ・その他)

身長・体重	体温	Spo ²	脈拍
cm/ kg	°C	%	回