

ふりがな お名前	生年月日 西暦 年 月 日 (歳)
住所 〒	
携帯	固定電話
性別 男性 ・ 女性	体重 (お子さんの場合) Kg

現在 ℃
*今回の症状に○をご記入ください *特にひどい症状には◎をつけてください
<u>月 日 朝・昼・夕・夜中から</u>
発熱 最高 ℃ のどの痛み 咳 (日中/夜間) 鼻水
痰 呼吸困難 頭痛 関節痛 倦怠感 腹痛
下痢 吐き気 嘔吐 食欲なし 味覚障害 嗅覚障害
*そのほかの症状 先生に伝えたい、聞きたいことなどご記入ください
*ご希望の検査があれば○をつけてください
新型コロナウィルス検査 (PCR・抗原検査) インフルエンザ検査 その他
*以前に検査した事のあるものに○をつけてください
コロナ PCR 検査 (月 日) コロナ抗原検査 (月 日)
*薬で具合が悪くなったことがありますか? なし・あり(薬名)
*粉薬は飲めますか? はい いいえ
*女性の方へお尋ねします。 現在妊娠中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい (予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある 現在授乳中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい
車のナンバー カラー 車種
患者様の座っている場所 運転席 助手席 後部座席 【運転手側 助手席側】

新型コロナウィルス報告のためのお願い

必要時に保健所に報告することがあります。下記について、記載のご協力をお願いします。

患者氏名 _____ (未成年の場合 保護者の方の氏名 _____)

身長 () cm 体重 () Kg だいたいで構いません

ご職業 (_____)

● 感染場所に心当たりはありますか？(具体的に〇〇県〇〇市や〇〇学校などの建物名)

いいえ・はい(_____)

● 14日以内の渡航歴

いいえ・はい(国名) 詳細地域 出国日 / 帰国日 / ()

● 新型コロナワクチン接種歴 (ワクチン名にはファイザーやモデルナなどをご記載ください)

なし あり; ()回 最終接種日(年 月 日) ワクチン名 _____

● 既往歴(あるものに〇をつけてください)

悪性腫瘍 慢性閉塞性肺疾患 腎臓病 高血圧 糖尿病 高脂血症 喫煙歴

ダウントン HIV やエイズの治療中 癌の治療中

心臓・脳神経・肝臓の病気(分かれば具体的に) ()

その他()

● 臓器移植、免疫抑制剤の使用 あり なし

● ご妊娠の可能性 あり なし

陽性の場合、当院から保健所へ連絡いたします。

現在、保健所からの連絡は50歳未満で持病の無い方、50から64歳で持病がなく、ワクチン接種が2回以上の方はメールによる通知になります。

すべての方にご自身で体調の変化などを素早く報告するために保健所への連絡システム(HER-SYS)を携帯に通知させていただきたいと思います。通知後、登録のご協力お願いします。

どうしてもご通知が届くのがお嫌な場合はお申し出ください。