

確認事項

記載日 令和 年 月 日

ふりがな
お名前

男・女 (歳)

① 過去2週間以内

コロナ陽性者・濃厚接触者との接触	なし あり→陽性者・濃厚接触者の氏名：
他県への移動、または移動者との接触	なし あり→移動先： 期間：
新型コロナワクチン接種歴	なし あり→最終接種日： () 回目

② 現在の症状を○で囲んでください。

熱 (°C)

発熱 寒気 鼻汁 のどの痛み 咳

下痢 腹痛 頭痛 味覚異常 嗅覚異常 息苦しさ だるさ

③ 現在、治療中の病気はありますか。

いいえ・はい→(病名：)

④ いままで大きな病気をしたことがありますか。(例：手術、輸血、入院など)

いいえ・はい→()

⑤ 今までに薬や注射で副作用が出たことがありますか。

いいえ・はい→(薬剤名：)

⑥ 喫煙の有無

なし・あり→(1日 本)

⑦ 女性の方へ。今妊娠している、または妊娠している可能性はありますか。

いいえ・はい

医師記入欄 体温 (°C) SpO2 (%) P ()