

2020年 月 日 車種 色 ナンバー

スタッフ記載欄

受付 :

待ち

ふりがな

名前 年齢 歳 性別 男・女 体重 kg

生年月日 T/S/H/R / / 郵便番号 -

住所

電話番号(携帯) () (自宅) ()

職場・学校名 ()

具体的な仕事内容を記載ください(接客・事務など) ()

アレルギー なし・あり ()

治療中の病気 ()

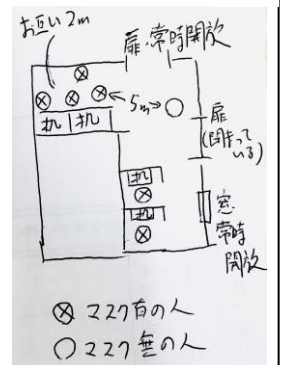
常用薬 ()

(女性の場合) 妊娠している (週) 授乳している 受診時 体温

●左下記該当する部分に (症状が強ければ →) と記載して下さい。

	月 日~
体温(温度を記載)	°C
頭痛	
咽頭痛	
味覚障害	
嗅覚障害	
鼻汁	
咳	
痰	
嘔気・嘔吐	
下痢	
腹痛	
だるさ	
息切れ	
関節痛	
筋肉痛	
食欲低下	
他 ()	

濃厚接触の方との位置関係を教えて下さい。
(人同士の距離やものの配置の概要、マスクの有無)



同居している人数と続柄 (人 ;)

学校・職場で身近に仕事している人数 (人) そのうち風邪症状の人 (人)

最近1週間に会った人数 (人 (そのうちマスク無しで会った人 ; 人))

2週間以内に行った場所に をお願いします。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 接待を伴う飲食店 (キャバクラ、ホストクラブなど) | <input type="checkbox"/> 人の密度の多い酒場 (クラブなど) |
| <input type="checkbox"/> パチンコ店 <input type="checkbox"/> カラオケ <input type="checkbox"/> 酒場 | <input type="checkbox"/> ゲームセンター <input type="checkbox"/> 映画館 |
| <input type="checkbox"/> 観劇 <input type="checkbox"/> ライブハウス <input type="checkbox"/> 遊園地 | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 歯科 |
| <input type="checkbox"/> 美容室 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> スポーツジム | <input type="checkbox"/> スポーツクラブ |
| <input type="checkbox"/> 教会 <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 飛行機 | <input type="checkbox"/> 新幹線・電車 <input type="checkbox"/> タクシー |
| <input type="checkbox"/> その他人が集まる場所 () | <input type="checkbox"/> 県外 () |

よろしければ上記の訪れた施設名をお願いします ()

医師が必要と認めた場合: コロナウイルス PCR 検査を 希望する 希望しない

新たな検査・治療を開発するため、臨床データや検体等を使用した研究に協力をお願いしますか? 協力する しない

(個人情報には細心の注意を払い、当院および共同研究施設の倫理委員会方針に基づき検体を扱います。)