

年 月 日

車種: 色: ナンバー:

なまえ 名前 (男・女) 体重 kg

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 満 歳 郵便番号:

住所:

携帯電話: 自宅:

職場・学校名:

仕事内容(事務・接客など):

コロナ予防接種: なし □ あり ( 1回目 / ・2回目 / )

治療中の病気:

常用薬: アレルギー: あり ( ) ・ なし

※ 女性の場合 □ 妊娠中 週 □ 授乳中 受診時の体温: °C

● 左下記の該当する部分に+(症状が強ければ++ → +++)を書いてください。

症状	いつから /
体温	
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( )	

**陽性者と接触した状況について わかる範囲でお答えください**

● 陽性者と接触しましたか はい・いいえ

● いつ接触しましたか 月 日

● いつ陽性とわかりましたか 月 日

● 陽性者との関係について(家族、同僚 など) \_\_\_\_\_

● どこで接触しましたか(家、職場 など) \_\_\_\_\_

● 共有スペースはありますか(トイレ、食堂 など) \_\_\_\_\_

● どのくらいの時間接触しましたか \_\_\_\_\_  
分、 時間、 日間、 他( )

● 陽性者と接触したとき、どのくらい離れていましたか(真横、2m など) \_\_\_\_\_

● その他にありましたら、下にお書きください。

同居家族の人数と続柄: 人 ( )

職場や学校で身近に接している人数: 人 そのうちかぜ症状があった人数: 人

最近1週間以内に会った人数: 人 そのうちマスクなしで会った人数: 人

**2週間以内に行った場所に☑をつけ、日付を書いてください。**

<input type="checkbox"/> 接待の伴う飲食店(キャバクラ・ホストクラブ) / _____	<input type="checkbox"/> 酒場 / _____
<input type="checkbox"/> 人口密度の高い酒場(クラブなど) / _____	<input type="checkbox"/> パチンコ / _____
<input type="checkbox"/> カラオケ / _____	<input type="checkbox"/> 映画館 / _____
<input type="checkbox"/> ゲームセンター / _____	<input type="checkbox"/> ライブ / _____
<input type="checkbox"/> デイサービス / _____	<input type="checkbox"/> 病院 / _____
<input type="checkbox"/> 福祉施設 / _____	<input type="checkbox"/> ジム / _____
<input type="checkbox"/> 電車・新幹線 / _____	<input type="checkbox"/> タクシー / _____
<input type="checkbox"/> 県外・海外 / _____ (都道府県・国名)	<input type="checkbox"/> 飛行機 / _____
<input type="checkbox"/> 他( ) / _____	

医師が必要と認めた場合に、コロナ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、臨床データや検体などを使用した研究にご協力いただけますか。  はい  いいえ  
 (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取り扱います。)