

車種： 色： ナンバー：

なまえ(ふりがな)

スタッフ記載

名前 (男・女) 体重 kg

検体No.

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 満 歳 郵便番号 :

住所 :

陽性 の場合は 必ず電話で告知いたします。知らない番号からの着信を拒否にする設定の方は、解除してください。

携帯電話 (自身) : 自宅・携帯電話 : ②(ご家族など) :

職場・学校名: 仕事内容 (事務・接客など) :

コロナ予防接種: 接種回数 回 (最終接種日: 年 月 日)

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 /	すでに 陽性と診断されている方へ
発熱時の最高体温		● どこで (どのように) 判定されましたか (○をつけてください) 医療機関 ・ 医療機関以外のPCRセンターなど ・ 市販の抗原検査キット ・ その他
頭痛		● 医療機関名を教えてください。 月 日
のどの痛み		● いつ判定されましたか 月 日
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 ()		

接触者の方へ (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

● 陽性者は誰ですか (配偶者、両親、兄弟、恋人、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 (数分、毎日 など)

● 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 ()

☐ できるだけ詳しく検査してほしい (希望する検査: レントゲン ・ CT検査 ・ 血液検査 ・ 喘息の検査)

☐ 検査はあまりしたくない

★ 医師が必要と認めた場合、コロナ ☐ 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への協力 ☐ 協力する ☐ 協力しない

所見・検査 (スタッフ記載欄)

咽頭発赤 +・- 扁桃腫大 +・-
頸部LN腫脹 +・- 心雑音 +・- ラ音 +・-
☐ コロナ抗原検査 (+・-)
☐ PCR検査 (検体No)
☐ コロナ抗原検査(+)→XP検査
☐ Flu抗原検査 (+・-)
☐ コロナFlu同時 (コロナ +・- / Flu +・-)
☐ XP検査(部位:) ☐ CT検査(部位:)
☐ FeNo・気道抵抗・スパイロ
☐ 採血()
☐ DIV() ☐ ネブライザー
☐ ゾコーバ処方 ☐ 院内処方
☐ 処方なし

保険証を置いて下さい