

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 :

なし ・ あり (1回目 / 2回目 / 3回目 / 4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 /
発熱時の最高体温	
頭痛	
のどの痛み	
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 ()	

すでに 陽性と診断されている方へ

- 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
- 医療機関名を教えてください。
- いつ判定されましたか _____ 月 _____ 日

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 ()

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(キャバクラなど)	/
<input type="checkbox"/> 人口密度の高い酒場(クラブなど)	/
<input type="checkbox"/> カラオケ	/
<input type="checkbox"/> ゲームセンター	/
<input type="checkbox"/> デイサービス	/
<input type="checkbox"/> 福祉施設	/
<input type="checkbox"/> 電車・新幹線	/
<input type="checkbox"/> 酒場	/
<input type="checkbox"/> パチンコ	/
<input type="checkbox"/> 遊園地	/
<input type="checkbox"/> 美容室	/
<input type="checkbox"/> 県外・海外 ()	/
<input type="checkbox"/> 他 ()	/

保険証を置いて下さい

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。)