

# 発熱・コロナ問診表

カナ ( )	性別	生年月日	年齢
氏名	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日 西暦 年	歳

住所 (住民票)
〒
電話 ( ) 携帯 ( )

現住所 (現在のお住まいが上記以外の場合)
〒
電話 ( ) 携帯 ( )

※優先連絡先に○印をつけてください

職業 (具体的に)	
勤務先 (会社名)	
〒	
電話番号 ( )	

現在加療中の病気 (今まで大きな病気・手術)
・現在飲んでいる薬 ( )
・薬や食べ物のアレルギー ( )
( )

現在までにあった症状	なし・あり (以下の設問にもお答えください)
・発熱	なし・あり (いつ頃から 最高 °C)
・咳	なし・あり (いつ頃から )
・嗅覚障害	なし・あり (いつ頃から )
・味覚障害	なし・あり (いつ頃から )
・倦怠感	なし・あり (いつ頃から )
・頭痛	なし・あり (いつ頃から )
・その他の症状	( )

喫煙	なし・あり ( 本/日)
----	--------------

妊娠の可能性 (女性の方)	なし・あり
---------------	-------

コロナ陽性者との濃厚接触
なし・あり (いつ頃 誰と )

現在同居している人 [父・母・配偶者・子供 人・祖父・祖母・その他 ( )] ・一人暮らし
-----------------------------------------------

新型コロナワクチン接種の有無	無・有り (1回目・2回目)
----------------	----------------