

問診票 (COVID-19 用)

記入日： 年 月 日

氏名： 身長 cm 体重 kg

職業 ()

1. 新型コロナウイルス陽性者との接触はありましたか？

- はい→ 社内発生あり 家族内発生あり 濃厚接触者判定あり
最終接触日 年 月 日、接触場所 ()
 いいえ

2. 以下の該当するものにチェックをしてください。

- 悪性腫瘍 (がん) 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) その他の呼吸器の病気
 慢性腎臓病 高血圧症 糖尿病 脂質異常症 慢性肝炎
 喫煙している 喫煙していた 心臓や血管の病気 免疫不全症候群
 免疫抑制剤・抗がん剤の使用 その他→具体的に ()
 なし

3. 妊娠の可能性

- あり なし (男性は「なし」にチェックをしてください)

4. コロナワクチンについて

- ワクチン接種回数 : 回 不明
最終ワクチン接種日 : 年 月 日 もしくは 不明
直近の接種ワクチン : ファイザー モデルナ アストラゼネカ
 ノババックス 不明 その他 ()

5. 携帯電話番号 (保健所の対応に使用するので本人のものを書いてください)

持ち主 本人 父 母
 その他 ()

6. コロナの抗原検査を希望しますか？ (必要性の判断は医師がします)

- 希望する 希望しない