

# 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