

①初診・再診（ ）

体温（ °C） SPO2（ %）

ふりがな		生年月日	年 齢	性 別
患者氏名		大・昭・平 年 月 日	歳	男・女
住 所	〒			
電話番号	自宅：	携帯：		
職 業				
勤務先所在地				

①海外渡航歴はありますか？	有 ・ 無
いつから？ / ~ /	どこへ（ ）
②感染確定者との接触はありますか？	有 ・ 無
※接触とは、マスク・ゴーグル（眼鏡）をつけずに手が届く範囲で会話すること	
濃厚接触者：最終接触日 /	陽性判明日 /
③下記3条件を満たす環境に滞在しましたか？	有 ・ 無
①換気の悪い密閉空間 ②人が密集している ③近距離での会話や発声が行われる	
会食・飲み会	あり・なし
④体温（ °C） 時 現在 発熱はいつからですか？（ ）	
何か薬は服用しましたか？	
⑤該当する症状	
咳が続く（ ） ・ ひどくだるい（ ） ・ 息苦しい（ ） ・ 下痢（ ）	
のどが痛い（ ） ・ においや味がわからない（ ） ・ 頭痛（ ）	
鼻水・鼻つまり（ ） ・ はきけ・嘔吐（ ） ・ 食欲がない（ ）	
お腹が痛い（ ） ・ 関節が痛い（ ）	
そのほか（ ）	
⑥現在治療中の病気はありますか？	ない・ある（病名： ）
⑦下記に該当するものはありますか？	
高血圧・糖尿病等・COPD・慢性腎臓病・脂質異常症・肥満（BMI30以上）・悪性腫瘍	
⑧喫煙はしていますか？	有 ・ 無 1日（ ）本 × 喫煙歴（ ）年
⑨緑内障・前立腺肥大症はありますか？	ない・ある（緑内障・前立腺肥大症）
⑩継続中の薬はありますか？	有 ・ 無（薬品名 ）
⑪薬を飲んだり、注射をした後に気持ちが悪くなったり、蕁麻疹が出たことがありますか？	ない・ある（薬品名 ）
⑫新型コロナウイルスワクチンの接種歴はありますか？	ない・あり
1回目 / ワクチンの種類（ ） ・ 2回目 / ワクチンの種類（ ）	
3回目 / ワクチンの種類（ ） ・ 4回目 / ワクチンの種類（ ）	
⑬薬の希望はありますか？	
先発品希望・後発品（ジェネリック）希望・特になし	
⑭女性の方にお伺いします。 現在妊娠の可能性はありますか？	有 ・ 無
現在授乳していますか？	有 ・ 無
備考：	相談センター連絡 有・無