

氏名	性別	生年月日	連絡先
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		

受診目的

自家用車 自宅 オアシス

- ・発熱 あり (°C : 月 日から) なし
- ・咳 あり (月 日から) なし
- ・痰 あり (月 日から) なし
- ・息苦しさ あり (月 日から) なし
- ・倦怠感 あり (月 日から) なし
- ・咽頭痛 あり (月 日から) なし
- ・下痢 あり (月 日から) なし
- ・吐き気 あり (月 日から) なし
- ・頭痛 あり (月 日から) なし
- ・筋肉痛・節々の痛み あり (月 日から) なし
- ・発疹 あり (月 日から) なし
- ・食事がとれるか いいえ (月 日から) はい
- ・上記以外 ()

渡航歴／旅行歴／勤務地／集団感染リスク (2週間以内)

- ・海外 なし 中国 韓国 イタリア イラン フランス その他 ()
(期間 月 日～ 月 日)
- ・国内 なし 北海道 愛知 東京 神奈川 大阪 千葉 和歌山 その他 ()
(期間 月 日～ 月 日)
- ・接触 なし スポーツジム カラオケ ライブハウス 一定時間屋内での複数の人と接触
(月 日)
- ・家族や職場で発熱者 なし あり (関係)

現在治療中の病気

- ・疾患名 なし
- 高血圧 糖尿病 心臓病 脳血管疾患 肝臓病
- 腎臓病 透析 ぜんそく 膠原病 悪性腫瘍 ()
- その他 ()

喫煙歴

- ・喫煙歴 あり (年間) なし

花粉症(アレルギー性鼻炎)

- あり なし

現在服用している薬

- ・常用薬、内服中の薬 あり () なし
- ・免疫抑制剤 あり () なし
- ・ステロイド あり () なし

妊娠 (女性の方) はい (週目) いいえ

保健所への連絡 はい いいえ

お願い：症状や状況より保健所に連絡いただくこともございます。ご了承ください。

Dr () NS () 31番・ER2番 2020年3月11日 黒沢病院感染対策委員会