

# 新型コロナウイルス抗体検査問診票

記入日 2020 年 月 日

氏名	性別	生年月日	体温
ふりがな	男 ・ 女		℃
〒 -			

※ 現在、風邪症状（熱、咳、咽頭痛、倦怠感など）は あり ・ なし

## 下記の症状が3か月以内であればチェックをしてください

- ・発熱や倦怠感  あり（最高 ℃：月 日から）約 日間  なし
- ・咳や息苦しさ  あり（月 日から）約 日間  なし
- ・鼻水（鼻閉）や痰  あり（月 日から）約 日間  なし
- ・咽頭痛  あり（月 日から）約 日間  なし
- ・味覚や嗅覚異常  あり（月 日から）約 日間  なし
- ・嘔吐（嘔気）や下痢  あり（月 日から）約 日間  なし
- ・頭痛  あり（月 日から）約 日間  なし
- ・筋肉痛や関節痛  あり（月 日から）約 日間  なし
- ・発疹  あり（月 日から）約 日間  なし
- ・上記以外  （ ）

## 集団感染リスク（3か月以内）

- ・海外旅行  なし  あり（地域 、期間 月 日～ 月 日）
- ・濃厚接触  なし  スポーツジム・カラオケ・ライブハウス  一定時間の屋内での会話・食事
- ・家族や職場での新型コロナウイルス感染者  なし  あり（関係 ）
- ・医療従事者  いいえ  はい（具体的に ）

## 既往歴

- ・新型コロナウイルス感染症  なし  あり（PCRにて確定）

## 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  喘息
- 膠原病  悪性腫瘍  その他（ ）

## 喫煙歴

- ・喫煙歴  あり  なし

## 現在服用している薬

- ・常用薬  あり（ ）  なし
- ・ステロイド製剤・免疫抑制剤  あり（ ）  なし

妊娠（女性の方）  はい（ 週目）  いいえ

何かコメントがありましたらこちら↓へ記載ください