

〈発熱外来受診希望者〉

お名前： \_\_\_\_\_ 様

I D 番号： \_\_\_\_\_ 性 別 ( 男 ・ 女 )

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

携帯番号： \_\_\_\_\_

住 所：〒 \_\_\_\_\_

保険情報： ( 社保 ・ 国保 )

① C O V I D - 1 9 抗原検査希望の有無： ( 有 ・ 無 )

② インフルエンザ検査同時希望の有無： ( 有 ・ 無 )

③ 発熱日 ( 体温 ) : \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ °C)

④ 発熱以外の症状： ( のどの痛み ・ せき ・ 胸部の痛み ・ 嗅覚/味覚障害 ・ 下痢  
嘔気/嘔吐 ・ 全身倦怠感 ・ 咽頭痛 ・ 腹痛 ・ 鼻水 ・ 頭痛 )  
( その他 \_\_\_\_\_ )

⑤ 新型コロナウイルス予防接種状況： ( 接種済 ・ 未接種 )

接種回数 ( \_\_\_\_\_ 回)

最終接種日 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

⑥ 重症化リスクの因子となる疾患等の有無： ( 有 ・ 無 )

( 悪性腫瘍 ・ 慢性呼吸器疾患 ・ 慢性肝臓病 ・ 心血管疾患 ・ 脳血管疾患  
喫煙歴 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 )

( その他 \_\_\_\_\_ )

⑦ ご自身の周りの感染状況 ( 検査陽性者又は陽性者の濃厚接触者 ) : ( 有 ・ 無 )

( 続柄 : \_\_\_\_\_ )