

〈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 : _____)