

新型コロナウイルス感染 問診票



来院日時 月 日 時 分

ID

氏名

インフルエンザ 陰性 陽性

コロナ抗原 陰性 陽性

コロナPCR 陰性 陽性

当該者情報

フリガナ

当該者氏名

生年月日(西暦)

性別

男

女

当該者住所

〒

都道府県

市

電話番号1

当該者所在地

〒

都道府県

市

当該者住所と同じ

電話番号2

こちらの番号にMy-HER-SYSの通知が届きます

保護者氏名

保護者住所

当該者住所と同じ

保護者電話番号

症状

症状発生日；

月

日から

発熱

無

有

咳

無

有

咳以外の急性呼吸器症状

無

有

肺炎像

無

有

医療機関使用欄

重篤な肺炎

無

有

医療機関使用欄

急性呼吸窮迫症候群

無

有

医療機関使用欄

多臓器不全	無	有	医療機関使用欄
全身倦怠感	無	有	
頭痛	無	有	
嘔気/嘔吐	無	有	
下痢	無	有	
結膜炎	無	有	
嗅覚・味覚障害	無	有	
酸素飽和度(室内気)	無	有	医療機関使用欄
その他の症状			

裏面に続く

<b>渡航期間</b>	<input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> あり	出国日 国名	～	入国日
<b>新型コロナウイルスワクチン接種歴</b>		無	有	
	最近のワクチン接種年月日	年	月	日
<b>重症化のリスク因子となる疾患</b>		無	有	
悪性腫瘍		無	有	
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)		無	有	
慢性腎臓病		無	有	
高血圧		無	有	
糖尿病		無	有	
脂質異常症		無	有	
肥満 (BMI30以上)		無	有	
喫煙歴		無	有	
その他				
<b>臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用、その他の事由により免疫の機能が低下しているおそれの有無</b>		無	有	

酸素飽和度                      %                      脈拍                      回/分                      \* 医療機関使用欄