

# 新型コロナウイルス抗体検査 問 診 票



令和 年 月 日

フリガナ

氏名： \_\_\_\_\_ 性別：男・女

生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)

住 所： 〒 \_\_\_\_\_

電話番号（自宅）： \_\_\_\_\_ (携帯)： \_\_\_\_\_

## 1. 自覚症状について

- |                |                             |                             |
|----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 発熱             | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 咳              | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| たん             | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 息苦しさ           | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 咽頭痛            | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 味覚・嗅覚異常        | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 下痢・嘔吐          | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 上記以外 ( _____ ) |                             |                             |

## 2. 集団リスク

- |           |                             |                              |
|-----------|-----------------------------|------------------------------|
| 海外渡航歴     | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| 濃厚接触・・・ジム | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| カラオケ      | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| ライブ       | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| 家族内に感染者   | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| 医療従事者ですか  | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

## 3. 既往歴

- |                    |                             |                              |
|--------------------|-----------------------------|------------------------------|
| コロナに感染していると言われましたか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| PCR検査を受けましたか       | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

## 4. 現在治療中の処方 ( \_\_\_\_\_ )

- |       |           |
|-------|-----------|
| 常用薬   | ( _____ ) |
| 免疫抑制剤 | ( _____ ) |
| ステロイド | ( _____ ) |