

令和 年 月 日			
氏名 (フリガナ)		性別	生年月日
		男・女	年 月 日
住所		連絡先	
〒		(携帯電話)	
		(自宅)	
体重	Kg	SPO2	%
		体温	°C

**【受信目的】**

- ・発熱 あり ( °C 日から) なし
- ・咳 あり ( 月 日から) なし
- ・痰 あり ( 月 日から) なし
- ・息苦しさ あり ( 月 日から) なし
- ・倦怠感 あり ( 月 日から) なし
- ・咽頭通 あり ( 月 日から) なし
- ・味覚・嗅覚の異常 あり ( 月 日から) なし
- ・下痢 あり ( 月 日から) なし
- ・吐き気 あり ( 月 日から) なし
- ・頭痛 あり ( 月 日から) なし
- ・筋肉痛・節々の痛み あり ( 月 日から) なし
- ・食事がとれるか? いいえ はい
- ・上記以外 ( )
- ・家族や職場でのコロナ陽性者・発熱者・体調不良者 なし あり (関係 )

**【コロナワクチン接種歴】**

- 接種していない
- 接種あり ( 回) 最終ワクチン接種日(ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ)  
( 年 月 日)

**【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 ( 年間) なし

**【現在服用している薬】**

- ・常備薬、内服中の薬 あり ( ) なし
- ・免疫抑制剤 あり ( ) なし
- ・ステロイド あり ( ) なし

妊娠 (女性の方) はい ( 週目) いいえ