

新型コロナウイルス検査 予診票

ふたばクリニック

フリガナ _____

氏名 _____

性別 男 女

生年月日 西暦、 昭和、 平成、 令和、 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____ 住所 _____

携帯電話番号 (スマートフォン) _____

1: 今までに『新型コロナウイルス感染症』に罹患したことはありますか？

なし、 あり _____ 年 _____ 月 _____ 日

2: 発熱者 (コロナ・インフルエンザなど) との接触

なし、 あり _____ 年 _____ 月 _____ 日

接触者 家族・同居者、 職場・学校・サークル、 知人、 その他

2: 一番最初に体調異常 (発熱や咳、のどの痛みなど) を感じたのはいつですか？

_____ 月 _____ 日

3: 症状をお知らせください。 症状なし

発熱 (最高 _____ °C)

せき 鼻水 のどの痛み けん怠感

頭痛 嘔吐 下痢・消化器症状

味覚障害 嗅覚障害 その他 _____

4: ワクチン接種歴

新型コロナウイルスワクチン なし あり 不明

今シーズンのインフルエンザワクチン なし あり 不明