

フリガナ 名前	(ID)	T・S・H 年 月 日生 (歳)
住所	電話番号 () -	
体温 °C (最高熱 °C)	アレルギー歴:なし・あり(薬剤名)	

A:当てはまるものにチェックをしてください

①	あなた、または、同居の家族が新型コロナウイルス感染症の検査を受けた、または陽性と診断されたことがある	はい (PCR/抗原/抗体)	いいえ
②	2週間以内に、あなた、または、同居の家族が新型コロナウイルス感染者、またはその疑いがある者と一緒にいたことがありますか?	はい	いいえ
③	2週間以内に、多人数が集まる換気の悪い密閉された場所(カラオケ、スナックなど)に行きましたか?	はい	いいえ
④	2週間以内に、岐阜県外(海外も含む)に滞在しましたか?	はい 地名 ()	いいえ
⑤	2週間以内に、同居のご家族でかぜ症状の方はいましたか?	はい	いいえ

B:当てはまる症状がありますか?(該当する症状に○、4日以上続いている場合は◎をつけてください)

①	発熱(37.0°C以上)	⑦	のどの痛み
②	せき	⑧	筋肉痛・関節痛
③	だるさ(倦怠感)	⑨	痰
④	食欲不振	⑩	頭痛
⑤	息切れ	⑪	吐き気・嘔吐
⑥	臭い・味がわかりにくい	⑫	下痢

C:当てはまる基礎疾患・免疫疾患がありますか?(該当するものに○をつけてください)

①	糖尿病	⑤	心血管系疾患
②	高血圧	⑦	慢性呼吸器系疾患
③	癌	⑧	ステロイド長期投与
④	腎臓病(透析)	⑨	免疫抑制剤服用