

新型コロナウイルス感染症関連問診票

記入日： 令和 年 月 日

フリガナ

① 氏名： _____ 電話番号： _____

(保護者 ^{フリガナ} 氏名： _____ 電話番号： _____)

② 生年月日：明・大・昭・平・令 年 月 日 年齢： 男・女
〒

③ 住 所： _____

④ 体調について「あり」に○を付けた方は、右側に詳細を記入してください

発熱 (37.5℃以上)	あり ・ なし	
咳	あり ・ なし	
痰	あり ・ なし	
呼吸苦 (息苦しき)	あり ・ なし	
倦怠感 (だるさ)	あり ・ なし	
味覚・嗅覚の障害	あり ・ なし	
その他；		

⑤ 2週間以内の接触歴について

④の症状がある方との濃厚接触	あり ・ なし
新型コロナウイルス感染症陽性の方やその濃厚接触者との接触	あり ・ なし
接触した場所：	

※濃厚接触：同居・長時間の接触・1m以内でマスク等なしでの対話・唾液等への接触など

⑥ ワクチン接種歴

1回目	未・済・不明	R 年 月 日・不明	歳	種類：ファイザー・モデルナ
2回目	未・済・不明	R 年 月 日・不明	歳	種類：ファイザー・モデルナ
3回目	未・済・不明	R 年 月 日・不明	歳	種類：ファイザー・モデルナ

⑦ 下記に該当するものがあれば○をしてください。

あり	悪性腫瘍 ・ 慢性閉塞性肺疾患 ・ 慢性腎臓病 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・
なし	脂質異常症 ・ 喫煙 ・ 肥満(BMI30 以上) ・ 臓器移植後 ・ 妊娠

⑧ 当院はどのようにお知りになりましたか

チラシ・広告 (場所→ _____)	八尾市役所	ホームページ
知人の紹介 (誰→ _____)	通りすがり	その他 (_____)