

## COVID-19 問診票

(職員記入) (2022年 月 日) 体温 ( ) °C SpO2 ( ) %  
当てはまる項目に☑をお願いいたします。

フリガナ	
氏名	
生年月日	西暦 年 月 日
住所	〒
電話番号 (携帯)	

### 1) 以下の症状がありますか？

37.5°C以上の発熱 ( °C)  のどの痛み  鼻水  咳  息苦しさ  
 強いだるさ (倦怠感)  臭いや味がわかりにくい  嘔吐  下痢  頭痛

### 2) 1) の症状はいつ頃からありますか？

( ) 月 ( ) 日頃から ・ 昨日から ・ 本日から

### 3) コロナワクチン接種について教えてください。

今までに受けたコロナワクチンの回数は？ ( ) 回  
 (1回以上ワクチンを受けている方)  
ワクチンを最後に受けたのは？ ( ) 年 ( ) 月頃  
ワクチンのメーカーは？ ( ファイザー ・ モデルナ )

### 4) 食べ物や薬のアレルギーはありますか？

なし  あり ( )

5) (女性の方のみ) 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？  いいえ  はい (  妊娠中  妊娠の可能性あり  授乳中 )

### 6) 持病はありますか。 はい いいえ (はいの方は記載下さい)

腎臓病  心臓病  閉塞性肺疾患  遺伝子疾患  糖尿病  
 その他 ( )

-----  
1、65歳以上の方 2、入院を要する方 3、重症化リスクがあり、かつ新型コロナウイルス感染症治療薬又は酸素投与が必要な方 4、妊娠されている方

上記以外の方は、陽性の診断を受けた後にご自身で「東京都陽性者登録センター」にアクセスして登録を行っていただきますようお願いいたします。

ご協力ありがとうございました。