

フリガナ

氏名

性別 男 : 女

体重 kg

生年月日 昭和: 平成: 令和

年

月

日

年齢

才

住所

〒

電話TEL

家

携帯

いつから症状が出てきましたか? 具体的な日にちをご記入下さい。

月 日

今日までにどのような症状が出ましたか? ○をして下さい。

発熱、のどの痛み、咳、痰、頭痛、体のだるさ、下痢、嘔吐、吐気、味覚異常、結膜炎
その他症状()

今1番つらい症状は何ですか?

()

周囲にコロナやインフルエンザの陽性者の方がおり、濃厚接触がありましたか? 有り: 無し
有りの場合はその状況をご記入下さい。

●コロナワクチン接種歴 計 回 または 接種歴は無し

直近のコロナワクチン接種月 年 月

●インフルエンザワクチンの直近1年間の接種歴 年 月 または接種歴は無し

薬や食べ物のアレルギー 無 : 有 ()

持病 無 : 有 有りの場合の病名()

喫煙歴 無 : 有 : 以前は有ったが現在は喫煙していない

妊娠 無 : 有 妊娠第 週