新型コロナウイルス抗体検査問診票

記入日　　2020 年　　月　　日

氏　名	性別	生年月日	身長	体重
フリガナ	□男　□女	/　/	cm	kg
〒		TEL		

※ 現在、風邪症状（熱、咳、咽頭痛、倦怠感など）は　あり　・　なし　＿＿＿＿℃

下記の症状が6か月以内にあればチェックをしてください

・発熱　□ あり（　最高　℃：　月　日から）　約　日間 □ なし
・咳　□ あり（　月　日から）　約　日間 □ なし
・痰　□ あり（　月　日から）　約　日間 □ なし
・息苦しさ　□ あり（　月　日から）　約　日間 □ なし
・倦怠感　□ あり（　月　日から）　約　日間 □ なし
・咽頭痛　□ あり（　月　日から）　約　日間 □ なし
・味覚・嗅覚の異常　□ あり（　月　日から）　約　日間 □ なし
・下痢　□ あり（　月　日から）　約　日間 □ なし
・吐き気　□ あり（　月　日から）　約　日間 □ なし
・頭痛　□ あり（　月　日から）　約　日間 □ なし
・筋肉痛・節々の痛み　□ あり（　月　日から）　約　日間 □ なし
・発疹　□ あり（　月　日から）　約　日間 □ なし
・食欲低下　□ いいえ（　月　日から）　約　日間 □ はい
・上記以外　（　　）

集団感染リスク（6か月以内）

・海外旅行　□なし　□あり（地域　　）　（期間　月　日～　月　日）
・濃厚接触　□なし□スポーツジム　□カラオケ　□ライブハウス　□一定時間屋内での複数の人と接触
・家族や職場で新型コロナウイルス感染者　□　なし　□あり（関係　　）
・仕事　医療従事者　→具体的に（　　）　その他→（　　）

既往歴　新型コロナウイルス感染症　□　なし　□　あり　(PCRにて確定)

現在治療中の病気

・疾患名　□ なし
□ 高 血圧　□ 糖尿病　□ 心臓病　□ 脳血管疾患　□ 肝臓病
□ 腎 臓病　□ 透析　□ ぜんそく　□ 膠原病　□ 悪性腫瘍（　　）
□ そ の他　（　　）

喫煙歴

・喫煙歴　□ あり（　年間 ）　□ なし

現在服用している薬

・常用薬、内服中の薬　□ あり（　　）　□ なし
・免疫抑制剤　□ あり（　　）　□ なし
・ステロイド　□ あり（　　）　□ なし

妊娠（女性の方）　□ はい（　週目）　□ いいえ

何かコメントがありましたらこちら↓へ記載ください

さいとう内科・循環器クリニック