

発熱キット配布問診票

(ふりがな)

氏名 (男・女)

※患者が未成年の場合 保護者氏名

電話番号:

生年月日(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 才

住所: 神奈川県

電話番号: 身長 cm 体重 kg

職業(職種): 入国年月日(外国籍の方のみ):

配布対象者

①2歳から39歳の方 ②40歳から64歳までの重症化リスク因子がない方 ③妊娠していない方

《重症化リスク因子》

糖尿病、慢性呼吸器疾患、心血管疾患、慢性腎臓病、肥満(BMI:30以上)、悪性腫瘍、免疫低下状態、肝硬変、ワクチン2回接種を終えていない

新型コロナワクチン接種はいつですか? ワクチンの種類()

未接種 (1回目 / 2回目 / 3回目 / 4回目 /)

風邪の症状や37.5℃以上の発熱がありますか?(解熱剤を服用していない状態で)

いいえ はい(いつから?:)

以下の症状がありますか? いいえ はい(以下にチェック)

呼吸器症状あり

咳 (/ ~) のどが痛い (/ ~) 鼻水 (/ ~)

味覚・嗅覚の異常 (/ ~) 息苦しい(/ ~)

その他症状あり 腹痛 (/ ~) その他 ()(/ ~)

強い倦怠感 (/ ~) 頭痛 (/ ~) 筋肉痛 (/ ~)

下痢 (/ ~) 嘔吐 (/ ~) 食欲低下 (/ ~)

基礎疾患について 以下で該当するものはありますか? いいえ はい(以下にチェック)

慢性呼吸器疾患 心血管疾患 糖尿病 高血圧 慢性肝炎

腎疾患 免疫不全症候群 悪性腫瘍 免疫抑制剤・抗がん剤の使用

アレルギーの 有 無 (薬: 食物: その他:)

女性の方のみご記入下さい。

女性の方にお聞きします

現在、妊娠中ですか? いいえ はい (ヶ月)