

(旧)

医療機関名 _____

ご紹介患者さんへ 新型コロナウイルス・インフルエンザ健康調査ご協力をお願い

氏名 _____ 様 生年月日 _____ 記入日 _____ 年 月 日

詳細を直接伺う場合の連絡先 電話番号 携帯/自宅 _____

- 1 本日の体温 _____ ℃ 37.0度未満である
- 2 2週間以内の症状について 該当に○をつけてください。

症状項目	症状「あり」の場合はいつからか記入
鼻水 鼻づまり	なし・あり
咳 くしゃみ 痰	なし・あり
のどの痛み	なし・あり
体のだるい感じ	なし・あり
頭痛	なし・あり
関節痛	なし・あり
味覚異常 嗅覚異常	なし・あり
下痢 嘔気 おう吐	なし・あり

- 3 新型コロナウイルス感染症関係

- ① 2週間以内の新型コロナウイルス感染者、濃厚接触者との接触歴 (なし・あり)
- ② 2週間以内の県外への移動歴 (なし・あり/いつどこへ)
- ③ 2週間以内の県外の人との接触歴※ (なし・あり/いつどのように)
※お互いマスクをして2m以上離れて15分以内の接触を除く
- ④ 新型コロナウイルスの検査の実施 (なし・あり)
・PCR・抗原・抗体検査 いつ どこで 結果(陰性・陽性)
・胸部レントゲン写真・CT いつ どこで 結果(異常なし・)
- ⑤ 家族や周囲の37度以上の発熱者 (なし・あり)

- 4 インフルエンザ関係

- ① 直近7日以内のインフルエンザ患者との接触歴 (なし・あり)
- ② インフルエンザ予防接種を受けましたか(10~3月のみ) (はい/ 月 日頃・いいえ)

- 5 上記3-①および4-①の接触歴「あり」の場合は、接触者の状況を教えてください。

接触者	該当に○ 接触の程度を記入
同居している家族	
別居している家族	
職場 学校 保育所・幼稚園 デイサービス ショートステイ	
集団の行事(町内の集まりなど) その他()	

(新)

医療機関名 _____

ご紹介患者さんへ 新型コロナウイルス・インフルエンザ健康調査ご協力をお願い

氏名 _____ 様 生年月日 _____ 記入日 _____ 年 月 日

詳細を直接伺う場合の連絡先 電話番号 携帯/自宅 _____

- 1 本日の体温 _____ ℃ 37.0度未満である
- 2 2週間以内の症状について

症状項目	該当に○↓	症状「あり」の場合は いつからか記入↓
鼻水		なし・あり
咳 くしゃみ		なし・あり
のどの痛み		なし・あり
体のだるい感じ		なし・あり
頭痛		なし・あり
関節痛		なし・あり
味覚異常 嗅覚異常		なし・あり
下痢 嘔気 おう吐		なし・あり

- 3 新型コロナウイルス感染症関係

- ① 2週間以内の新型コロナウイルス感染者、濃厚接触者との接触歴 (なし・あり)
- ② 2週間以内の県外への移動歴 (なし・あり/いつどこへ)
2週間以内の県外の人との接触歴※ (なし・あり/いつどのように)
※お互いマスクをして2m以上離れて15分以内の接触を除く
- ③ 家族や周囲の37度以上の発熱者 (なし・あり)
- ④ 新型コロナウイルスの検査の実施 (なし・あり)
・PCR・抗原・抗体検査 いつ どこで 結果(陰性・陽性)
・胸部レントゲン写真・CT いつ どこで 結果(異常なし・)
- ⑤ 新型コロナワクチン接種は受けられましたか(予定も記入 接種券をお持ちの場合)
(はい/1回目 月 日、2回目 月 日・いいえ)

追加項目

- 4 インフルエンザ関係

- ① 直近7日以内のインフルエンザ患者との接触歴 (なし・あり)
- ② インフルエンザ予防接種を受けましたか(10~3月のみ) (はい 月 日頃・いいえ)

- 5 上記3-①および4-①の接触歴「あり」の場合は、接触者の状況を教えてください。

接触者	該当に○ 接触の程度を記入
同居している家族	
別居している家族	
職場 学校 保育所・幼稚園 デイサービス ショートステイ	
集団の行事(町内の集まりなど) その他()	