

# 新型コロナウイルス感染症 チェックリスト

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

体温 \_\_\_\_\_ °C      小学生以下のお子様 体重 \_\_\_\_\_ kg      SpO2値 \_\_\_\_\_ %

ふりがな		性別	生年月日		大・昭・平・令	年齢
お名前		男・女			年	月 日
ご住所	〒 _____	☎	自宅			
			携帯			
			緊急連絡先 (ご本人様以外)	お名前	続柄	( )
			TEL			
ご利用の介護ステーションや担当ケアマネージャー						TEL

■ 新型コロナ陽性者、濃厚接触者との接触はありますか？

な い ・ あ る (接触日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 接触場所: \_\_\_\_\_ )

■ 自宅や他施設でPCRまたは抗原検査をしましたか？

して いない ・ し た (いつ: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 どこで: \_\_\_\_\_ 結果: \_\_\_\_\_ )

■ 該当する症状に☑してください

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 発熱 (発熱期間 _____ ~ _____ )    | <input type="checkbox"/> 頭 痛 (発症日 _____ 月 _____ 日)     |
| <input type="checkbox"/> 咳 (発症日 _____ 月 _____ 日)     | <input type="checkbox"/> 倦怠感 (発症日 _____ 月 _____ 日)     |
| <input type="checkbox"/> 鼻汁 (発症日 _____ 月 _____ 日)    | <input type="checkbox"/> 下痢・嘔吐 (発症日 _____ 月 _____ 日)   |
| <input type="checkbox"/> のど痛 (発症日 _____ 月 _____ 日)   | <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 (発症日 _____ 月 _____ 日) |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困難感 (発症日 _____ 月 _____ 日) | <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )                 |

■ 新型コロナワクチンは接種しましたか？ 「はい」の方は接種日、メーカーもご記入ください。

いいえ ・ は い

	1回目	2回目	3回目
接 種 日			
メーカー			

■ 基礎疾患のある方は該当の病名に☑してください

- |   |  |                                  |  |                              |                              |
|---|--|----------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患                    | <input type="checkbox"/> 心血管疾患         | <input type="checkbox"/> 糖尿病     | <input type="checkbox"/> 高血圧症          | <input type="checkbox"/> 腎疾患 | <input type="checkbox"/> 肝 炎 |
| <input type="checkbox"/> 脂質異常症                      | <input type="checkbox"/> 免疫不全症候群       | <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍    | <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤・抗がん剤の使用 |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> 肥満 (BMI 30以上: 体重 _____ kg) | <input type="checkbox"/> 喫 煙           | <input type="checkbox"/> アルコール摂取 |  |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中                        | <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |                                  |  |                              |                              |

■ アレルギーはありますか？ な い ・ あ る ( \_\_\_\_\_ )

■ 飲み薬や注射等で具合が悪くなったことはありますか？

な い ・ あ る (薬品名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ )

■ 現在、飲んでいるお薬はありますか？ な い ・ あ る ( \_\_\_\_\_ )