

患者氏名 _____ 男・女 _____ 年齢 _____

●家族・介護者の体温の記録と下記症状の有無 同居者・介護者 なし

症状（頭痛、咽頭痛、鼻水、咳・痰、腹痛、倦怠感、息切れ、呼吸苦、味覚・嗅覚異常）

ご本人との続柄	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	来院日
①		°C		°C		°C		°C		°C		°C	
上記症状の有無 (症状があれば○)													
同居・別居	*別居の場合の居住地：												
②		°C		°C		°C		°C		°C		°C	
上記症状の有無 (症状があれば○)													
同居・別居	*別居の場合の居住地：												
③		°C		°C		°C		°C		°C		°C	
上記症状の有無 (症状があれば○)													
同居・別居	*別居の場合の居住地：												
④		°C		°C		°C		°C		°C		°C	
上記症状の有無 (症状があれば○)													
同居・別居	*別居の場合の居住地：												
⑤		°C		°C		°C		°C		°C		°C	
上記症状の有無 (症状があれば○)													
同居・別居	*別居の場合の居住地：												

◆ご自身または同居者がCOVID-19に感染したことがありますか？

いいえ はい（ 本人・同居者 / いつ 月 日）

◆2週間以内にご自身または同居家族がCOVID-19陽性者または濃厚接触者との接触がありましたか？

いいえ はい（ 本人・同居者 / いつ 月 日）

◆ご自身や同居者または職場に、2週間以内に海外から帰国した方はいますか？

いいえ
はい（ 本人・同居者・職場 / いつ 月 日）

◆COVID-19のワクチンを受けましたか？

いいえ
はい （付添者/ いつ 月 日 回目）
（同居者/ いつ 月 日 回目）
（同居者/ いつ 月 日 回目）
（同居者/ いつ 月 日 回目）