

新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)抗体検査 問診票

★この問診は現在の感染を診断するものではありません。検査結果と過去の症状との関連を考察するためのものです。個別の問診結果と氏名、住所などの個人情報を公表することはありません。

記入日 2020年 月 日

イニシャル： . .

年齢： 才、性別：□女 □男、生年月日：西暦 年 月 日、身長 cm、体重 kg

★現在、カゼ症状（熱、咳、呼吸苦、鼻汁、咽頭痛、倦怠感など）はありますか？： あり・なし

★受診時の体温： °C（来院時に測定します）

6か月以内に以下の症状はありましたか？ 症状があった場合は期間などを記入してください。

- ・発熱 □なし □あり： 月 日から最高 °C、約 日間。 通院：□した・□しない
- ・咳 □なし □あり： 月 日から、約 日間 通院：□した・□しない
- ・息苦しさ □なし □あり： 月 日から、約 日間 通院：□した・□しない
- ・倦怠感 □なし □あり： 月 日から、約 日間 通院：□した・□しない
- ・咽頭痛 □なし □あり： 月 日から、約 日間 通院：□した・□しない
- ・味覚異常 □なし □あり： 月 日から、約 日間 通院：□した・□しない
- ・においの異常 □なし □あり： 月 日から、約 日間 通院：□した・□しない
- ・下痢・腹痛 □なし □あり： 月 日から、約 日間 通院：□した・□しない
- ・筋肉・関節痛 □なし □あり： 月 日から、約 日間 通院：□した・□しない
- ・発疹 □なし □あり： 月 日から、約 日間 通院：□した・□しない
- ・その他 □なし □あり（ ） 通院：□した・□しない

詳しく： _____

- ・新型コロナウイルス感染を診断（PCR検査）されたことがある。□ある □なし

感染・重症化リスクについて（6か月以内）：差支えない範囲でお答えください。公表されることはありません。

- ・医療従事者の場合具体的に（職種： 、感染リスク： ）
- ・海外旅行 □なし □あり（地域： 、滞在期間 月 日～ 月 日）
- ・□ライブハウス、□カラオケ(複数人数)、□スポーツジム、□その他 **3密**な場所（ ）
- ・家族や学校・職場などでの新型コロナウイルス感染者 □なし □あり（詳しく： ）
- ・喫煙歴（たばこ）：□なし、□過去に喫煙（ 年前まで約 年間）、□喫煙している（約 年間）
- ・現在罹っている病気：□なし、□糖尿病、□心臓病、□高血圧、□脳血管障害、□肝臓病、□腎臓病、
□悪性腫瘍、□ぜんそく、□慢性閉塞性肺疾患、□高脂血症、
□アレルギー（具体的に： ）
□その他（具体的に： ）
- ・継続して服用中の薬：□なし、□あり（具体的に： ）

その他、伝えておきたいことがあれば以下に記入してください。