

発熱している方のご記入をお願いいたします

☆ お名前			男・女
☆ 生年月日	年	月	日 (才 カ月)
☆ ご住所 電話番号	()		
☆ 保護者氏名			
☆ 保護者住所 電話番号	(同上の場合ご記入は不要です) ()		
☆ コールセンター等への問い合わせ	なし	あり	
(紹介元:) ←			
☆ 学校や職場にコロナウイルス感染症にかかった方はいますか?	いいえ	はい	
☆ 家族にコロナ陽性の方がいますか?	いいえ	はい	
(いつから どなたが) ←			
☆ あなたは濃厚接触者ですか?	いいえ	はい	
☆ 抗原検査をしましたか?	いいえ	はい	
検査日: (陰性・陽性) ←			
☆ コロナの検査を希望しますか?	いいえ	はい	
☆ 女性の方に・・・現在妊娠していますか?	いいえ	はい	
☆ 家族構成:			
☆ 基礎疾患など	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 重度心血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 (GFR < 30) <input type="checkbox"/> 肥満 (BMI ≧ 30) <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤・抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> 治療中の悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 血液移植・骨髄移植・原発性免疫不全・HIV <input type="checkbox"/> 臓器移植後 <input type="checkbox"/> 妊娠中 (週) <input type="checkbox"/> 喫煙歴 <input type="checkbox"/> その他 ()		
☆ ワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目: 年 月 日 (メーカー:) <input type="checkbox"/> 2回目: 年 月 日 (メーカー:) <input type="checkbox"/> 3回目: 年 月 日 (メーカー:)		