

しんがた かんせんしょうそうだんひょう  
**新型コロナウイルス感染症相談票**

そう しん ねん がっ び 送信年月日	令和 年 月 日
な まえ ごねん れい お名前・御年齢	氏名: _____ 年齢( _____ 歳)
じゅう しょ 住所	市・町・村 ( _____ )
れん らく さき 連絡先	ファックス番号:( _____ ) E-mail( _____ @ _____ )
しょくぎょう 職業 (きんむちしよざいしちやうそん 勤務地所在市町村)	( _____ 市・町・村)

い か しつもん こた  
以下の質問にお答えください。

① ①体温は何度ですか	( _____ )°C
② ②発熱している場合、それはいつからですか	( _____ )月( _____ )日 頃から
③ ③咳が出ますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ ④咳が出ている場合、それはいつからですか	( _____ )月( _____ )日 頃から
⑤ ⑤身体はだるいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ ⑥息苦しさがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ ⑦感染と診断された方と接触したことがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
⑧ ⑧国外に行きましたか(「はい」の場合期間を記入してください)	<input type="checkbox"/> はい(国名: _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ ( _____ )月( _____ )日~( _____ )月( _____ )日
⑨ ⑨基礎疾患はありますか。該当するものに○を付けてください	とうりやうびやう しんしつかん こきゆうきしつかん どうせき 糖尿病・心疾患・呼吸器疾患・透析 めんえきよくせいざいしやう こう ざいしやう 免疫抑制剤使用・抗がん剤使用 その他( _____ )
⑩ ⑩(女性の場合)妊娠していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪ ⑪症状が出てから、医療機関(病院・診療所など)に行きましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (診断内容や医師からの説明があれば⑬に記入してください)
⑫ ⑫既に行っている検査はありますか。該当するものに○を付けてください	いんぷるえんざ(ようせい・いんせい) インフルエンザ(陽性・陰性) れじおねら(ようせい・いんせい) レジオネラ(陽性・陰性) はいえんきゆうきん ようせい いんせい 肺炎球菌(陽性・陰性) その他(病名: _____ 、陽性・陰性)
⑬ ⑬ほかに症状や相談したいことはありますか？症状や相談したいことがあれば記入してください。	

かいとう じかん ばあい ごりやうしやう  
※回答にはお時間をいただく場合があります。御了承ください。