

新型コロナウイルス(nCoV)患者等(疑似症患者等を含む) 基本情報・臨床情報調査票

基本情報※

18	患者氏名：	19	性別：男・女	20	生年月日： 年 月 日 (歳 ヶ月)
21	患者住所(滞在地)：				
	患者国籍： <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明				
22	患者電話番号：自宅 — — 携帯 — —				
	患者Email： @				
23	調査時点の患者の主たる所在： <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明				
	連絡先住所： 電話番号： — —				
24	職業・業種・学校(幼稚園・保育園等を含む)等：				
	最終勤務・出席(勤)日(年 月 日) (児童・生徒の場合、所属クラス・クラブ等詳細に記入すること)				
	勤務先/学校名：				
	勤務先/学校所在地：				
25	勤務先/学校電話番号： — —				
	本人以外(保護者等)の連絡先				
	氏名： 本人との関係：				
	住所：				
26	電話番号 自宅： — — 携帯： — —				
	身長() cm 体重() kg				
	妊娠 なし・あり (妊娠 週)				
	喫煙 なし・あり (歳から 本/日)				
	糖尿病 なし・あり				
	呼吸器疾患(喘息・COPD・その他) なし・あり (具体的に)				
	腎疾患 なし・あり (ありの場合、透析 あり・なし)				
	心疾患 なし・あり (具体的に)				
	血液疾患(貧血等) なし・あり (具体的に)				
	免疫不全(HIV、免疫抑制剤使用含む) なし・あり (具体的に)				
	悪性腫瘍(がん) なし・あり (具体的に)				
	その他()				
	その他()				