

氏名： 診療番号： 年齢： 歳

体温： °C、 SpO2： %、 身長： cm、 体重： kg。

職業： 携帯電話番号：

新型コロナウイルスワクチン接種回数： 回。

直近の新型コロナウイルスワクチン接種年月日：20 年 月 日。

そのワクチンは：該当する番号に○を付けてください。 1 ファイザー、

2 モデルナ、 3 アストラゼネカ、 4 ノババックス、 5 不明。

症状：該当する番号に○を付けてください。 1 発熱（最高 °C）、

2 咳、 3 咳以外の急性呼吸器症状（痰が絡む、鼻汁、鼻閉）、

4 全身倦怠感、 5 頭痛、 6 嘔気、嘔吐、 7 下痢、 8 結膜炎、

9 嗅覚・味覚障害、 10 咽頭痛、 11 その他：

12 症状なし。

上記の症状の中で最初に出た症状には◎を付けてください。

最初の症状が出たのは： 月 日の 時頃。

重症化のリスク因子：該当する番号に○を付けてください。 1 悪性腫瘍、

2 慢性呼吸器疾患（COPD等）、 3 慢性腎臓病、 4 心血管疾患、

5 脳血管疾患、 6 喫煙歴、 7 高血圧、 8 糖尿病、

9 脂質異常症、 10 肥満（BMI 30以上）、

11 臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用、その他の事由による免疫

機能の低下、 12 妊娠、 13 その他：

思い当たる感染経路：