

# 新型コロナウイルス感染症 検査申込み書

フリガナ 氏名	男 女	職業	記入日 2022年 月 日 時 分 生年月日(西暦) 年 月 日
------------	--------	----	---

住所 〒	保護者氏名(父・母・その他) (検査する方が未成年の場合)
電話①( ) — ②( ) — (緊急連絡先)	緊急連絡先氏名

## 症状

①発熱 なし・あり→( 日前より・最高 °C) ②咳 なし・あり→(少し・ひどい) ③鼻汁・鼻閉 なし・あり ④咽頭痛 なし・あり ⑤頭痛 なし・あり ⑥全身倦怠感 なし・あり ⑦吐気／嘔吐 なし・あり→( ) ⑧下痢 なし・あり→( ) ⑨嗅覚・味覚障害 なし・あり 酸素飽和度( %)※測定器に指を挟んで下さい	⑩その他
--	------

発病日 2022年 月 日 ・ 不明  
他の病院の受診の有無 2022年 月 日 ・ 病院名( )  
抗原検査の有無 2022年 月 日 ・ 市販キット・病院(行政)検査

感染原因・感染経路(推定できる範囲で構いません)
発病後に接触した人(マスクなしで近距離で15分以上) 同居の家族 (父・母・祖父母・兄弟姉妹・子・他) その他

新型コロナワクチン接種歴 なし・あり  
最近のワクチン 第 回目(2021・2022年 月 日)(ファイザー・モデルナ)

重症化のリスクとなる疾患 なし・あり 高血圧・糖尿病・肥満(BMI30以上)・喫煙歴・妊娠・喘息 その他免疫機能の低下しているおそれ	「あり」の場合その詳細
--	-------------