

## 感染症に関する質問票

お名前：		通学先	
年齢：	歳 月 日	勤務先など	
女性の方：妊娠中ですか？一はい・いいえ	自宅での抗原検査の有無	実施していない / 実施した⇒結果（ ）	
結果連絡の電話番号	コロナワクチン接種歴	未 / 済 年 月 日 頃（ 回目済）	
— —	コロナ感染歴	あり（ 年 月 日～） ・なし	

1. 現在ある症状を全てチェックしてください。

●発熱 月 日 時頃から（ °C） \*今回の発熱での最高体温は？ 日 時 °C  
 今朝 日 （ °C）

●咳・鼻汁・咽頭痛・嘔吐・下痢・腹痛・頭痛・倦怠感・その他（ ） → 月 日 時頃から

2. あなたの通学先・勤務先等で流行している感染症はありますか？

はい いいえ

または過去にしていたか？

いつ頃： \_\_\_\_\_

3. 2週間以内に同居ご家族の中に体調を崩された方はいますか。

はい いいえ

【誰： 月 日頃から 症状： 】

4. 最近1か月以内に旅行(帰省)や海外滞在はありますか？

はい いいえ

【行き先： 滞在期間： 月 日 ~ 月 日まで】

5. 持病について：なし / あり(病名： )

薬名( )