

記載医療機関：

患者氏名：

生年月日：

患者連絡先：

症状	<input type="checkbox"/> 咳	月 日より	<input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常	月 日より
	<input type="checkbox"/> 呼吸苦	月 日より	<input type="checkbox"/> 頭痛	月 日より
	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	月 日より	<input type="checkbox"/> 消化器症状	月 日より
	<input type="checkbox"/> 倦怠感	月 日より	<input type="checkbox"/> 発疹	月 日より
	<input type="checkbox"/> 関節痛	月 日より		月 日より
	その他の症状			
		月 日より		月 日より
発熱歴	月 日	°C	月 日	°C
	月 日	°C	月 日	°C
	月 日	°C	月 日	°C
	月 日	°C	月 日	°C
今回の症状で受診した医療機関				
受診日		月 日		
今回の症状で使用した薬（市販薬含む）				
<input type="checkbox"/> 本人・周囲(家族・職場同僚等)に1ヶ月以内に旅行・出張(国内・海外全て)がある 該当者: 場所: 期間: 該当者: 場所: 期間: 該当者: 場所: 期間:				
<input type="checkbox"/> 周囲(家族・職場同僚等)に同様の風邪症状の人がいる 該当者: 期間: 該当者: 期間: 該当者: 期間:				
既往				
アレルギー				
タバコ	現在 (本/日) / 過去 (本/日 年) / 無			
アルコール	習慣的 (本/日) / 機会飲酒 / 無			
職業				
妊娠の有無	有 (ヶ月) / 無			
マスクの有無	有 / 無			