

氏名 _____

渡航歴・旅行歴（半年前まで） なし あり（時期 場所 ）

コロナウィルス感染者と濃厚接触 あり なし

味覚嗅覚の障害がありますか？ あり なし

3密（密閉・密集・密接）に該当 あり なし

職業（ ）

同居人の有無 あり 家族構成（ ） なし

新型コロナウイルスワクチン接種歴

なし あり（ ファイザー・モデルナ ）

1回目 年 月 日

2回目 年 月 日

3回目 年 月 日

下記のある方はチェックをに入れてください。

- 悪性腫瘍 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫など） 慢性腎臓病 高血圧 糖尿病
- 脂質異常症 肥満（BMI30 kg/m²以上） 喫煙歴 妊娠中（ 月）
- 61歳以上 ダウン症 重篤な心疾患（心不全、冠動脈疾患又は心筋症）
- 脳神経疾患（多発性硬化症、ハンチントン病、重症筋無力症等）
- コントロール不良の HIV 感染症及び AIDS
- 肝硬変等の重度の肝臓疾患 臓器移植、骨髄移植、肝細胞移植後

下記の症状のある方はチェックをに入れてください。

- 全身倦怠感 頭痛 嘔気・嘔吐 下痢 結膜炎