

**問診票**  
Questionnaire

情報を記載して下さい

バイタル(病院記入欄)	
SpO2:	%
体温:	°C
脈拍:	bpm

受診日(date)                      年              月(Month)              日(Day)

お名前(name)	姓(Family name)	名(Given name)
年齢(age)	歳	→ 未成年の方 (For minors)
性別(sex)		(ふりがな)
国籍(nationality)		保護者名 (Name of your parent or legal guardian)
職業(your occupation)		続柄

保護者名 (Name of your parent or legal guardian)
続柄
電話番号 (telephone number)

持病はありますか？ (Do you have a chronic disease?)                       はい(YES)                       いいえ(NO)

病名は？ (Please write the name of the disease down.)

熱(37.5°C以上)はありますか？ (Do you have a fever?)	<input type="checkbox"/> はい(YES)	Month	Day	<input type="checkbox"/> いいえ(NO)
最高体温(date/maximum temperature)		月	日～	°C
咳は出ますか？(cough)	<input type="checkbox"/> はい(YES)	月	日～	<input type="checkbox"/> いいえ(NO)
痰は出ますか？(sputum)	<input type="checkbox"/> はい(YES)	月	日～	<input type="checkbox"/> いいえ(NO)
息苦しいですか？【呼吸困難感】(difficalty breathing)	<input type="checkbox"/> はい(YES)	月	日～	<input type="checkbox"/> いいえ(NO)
鼻水は出ますか？【鼻汁】(runny nose)	<input type="checkbox"/> はい(YES)	月	日～	<input type="checkbox"/> いいえ(NO)
頭痛はありますか？(headache)	<input type="checkbox"/> はい(YES)	月	日～	<input type="checkbox"/> いいえ(NO)
すごくだるいですか？【著しい倦怠感】(tiredness)	<input type="checkbox"/> はい(YES)	月	日～	<input type="checkbox"/> いいえ(NO)
咽頭痛はありますか？(sore throat)	<input type="checkbox"/> はい(YES)	月	日～	<input type="checkbox"/> いいえ(NO)
嗅覚/味覚障害はありますか？(abnormality/loss of smell or taste)	<input type="checkbox"/> はい(YES)	月	日～	<input type="checkbox"/> いいえ(NO)
その他 心配な症状はありますか？(other symptoms) ( 症状: )	<input type="checkbox"/> はい(YES)			<input type="checkbox"/> いいえ(NO)
女性の方へ:妊娠していますか？ (For women: Are you pregnant?)	<input type="checkbox"/> はい(YES)			<input type="checkbox"/> いいえ(NO)
過去に新型コロナウイルスに罹患したことがありますか？ (Did you have had coronavirus (COVID-19)?)	<input type="checkbox"/> はい(YES)	年	月	日～ <input type="checkbox"/> いいえ(NO)
周囲にコロナ陽性/疑いの方はいますか？ (Is somebody around you who has (or is suspected to have) a coronavirus incfection ?)	<input type="checkbox"/> はい(YES)			<input type="checkbox"/> いいえ(NO)
同居している方はいますか？ (Does someone live with?)	<input type="checkbox"/> はい(YES)			<input type="checkbox"/> いいえ(NO)
コロナワクチンを接種しましたか (Did you get a COVID-19 vaccine?)	<input type="checkbox"/> はい (YES)			<input type="checkbox"/> いいえ (NO)

↓  
直近のワクチン接種日とメーカー名に○をして下さい

ワクチン接種回数              回  
(How many times did you take COVID-19 vaccines?)

直近のワクチン接種日              Year/Month/Day              ファイザー(Pfizer) / モデルナ(Moderna) / アストラゼネカ(AstraZeneca) / タケダ(Takeda)  
年      月      日  
(Data of the latest vaccination)