

新型コロナウイルスIgG抗体検査 問診票

記入日 令和 年 月 日

〒 -

住所

氏名 様 男・女 () 歳 体温 °C

ご連絡先 (TEL)

本検査はコロナ感染を診断する検査ではありません。

また、症状などによっては検査をお断りすることがあります

1 症状歴

過去14日間以内にご自身に以下の症状がありますか？

なし	あり	症状
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発熱 (37.5°C以上)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	強いだるさ (原因不明のもの)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	咳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	のどの痛み
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	味がわかりづらい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	においがわかりづらい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	呼吸が苦しい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	下痢

2 接触歴

過去14日以内に以下のことがありましたか？

なし	あり	内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	コロナ感染を疑われましたか？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	濃厚接触の方で感染を疑われた方はいましたか？

3 接種歴

新型コロナウイルスを接種しましたか？

なし	あり	内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2回目の接種日 年 月 日
		接種メーカーに○をして下さい (ファイザー・モデルナ)