

氏名 _____ 様 男・女 () 歳

1つでも以下の項目の「あり」にチェックがある方は検査が出来ませんので
ご了承ください。

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"/>	①発熱 (37.5℃以上)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	②強いだるさ (原因不明のもの)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③咳 (持続する咳)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④のどの痛み
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤味がわかりづらい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥においがわかりづらい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑦呼吸が苦しい

2. 接触歴

過去 14 日間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"/>	①コロナ感染を疑われましたか？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	②濃厚接触の方でコロナ感染を疑われた方はいましたか？

3. 行動歴

過去 14 日間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"/>	①海外へ行きましたか？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	②同居・濃厚接触する方に①行動がありましたか？