

濃厚接触状況確認票

フリガナ 氏名			性別	年齢 歳	国籍 日本 日本以外 ()	
電話 番号	携帯： 自宅： 陽性の際、病院・保健所からの連絡、健康観察入力のため、なるべく携帯電話番号をご記入ください。					
症状	なし				※SpO2	
	有 症状が最初に始まった日 ____月 ____日 発熱 咳 くしゃみ 鼻水 鼻づまり 痰 だるさ 頭痛 吐き気・嘔吐 下痢 目の充血 嗅覚・味覚障害 のどが痛い 他()				%	
処方	希望する(症状を和らげるお薬です)				希望しない	
新型コロナ ワクチン	接種回数		最後の接種年月日		最後の接種ワクチンのメーカー	
	なし	2回 4回	年		ファイザー	アストラゼネカ 不明
	1回	3回 不明	月 日		モデルナ	ノババックス
治療中の 病気	なし 有 癌・白血病 肺気腫 腎臓病 心筋梗塞・狭心症 脳梗塞・脳出血 高血圧 糖尿病 脂質異常症(高コレステロール・中性脂肪) 肥満(BMI30以上) 臓器移植後 免疫抑制剤・抗がん剤を使用中 その他： ()					
タバコ	なし 過去に有り 有り (____本 / 日) x (____) 年					
身長	cm	体重	kg	千葉県 市		
妊娠	なし 有 (____週)			勤務先	東京都 区	
職業	会社員 公務員 自営業 パート 無職 学生・生徒・児童 幼稚園・保育園			通学先	埼玉県	
新型コロナ陽性に なった方との関係	同居家族等 職場 学校 幼稚園・保育園 友人 不明・無し 最終接触日 ____月 ____日					
渡航歴	なし 有 (____月 ____日 ~ ____月 ____日 渡航先 ____)					

※病院記入欄		待機場所・車両情報	
体温	℃	Xp(ホータ) 1165	
心拍数	/分	CT(3号館) 3111	処方 2201 無・院内・院外 粉・シロップ・錠・坐