

【新型コロナウイルス感染症 重症化リスク確認票】

お名前：

事前に該当する口に✓を記入し、診療時にご提出ください。

- 65歳以上の方
- 現在、妊娠中の方

40歳以上65歳未満の方は、以下の該当するものに✓をお願いします。

- 悪性腫瘍
- 慢性呼吸器疾患(COPD等)
- 慢性腎臓病
- 心血管疾患
- 脳血管疾患
- 喫煙歴
- 高血圧
- 糖尿病
- 脂質異常症
- 肥満(BMI 30 以上)
- 臓器移植
- 免疫抑制剤や抗がん剤の使用などによる免疫機能の低下
- ワクチン 未接種または1回接種のみ

症状について

いつから (例 8/1～)

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 発熱 | / | ～ |
| <input type="checkbox"/> せき | / | ～ |
| <input type="checkbox"/> のどの痛み | / | ～ |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | / | ～ |
| <input type="checkbox"/> だるさ | / | ～ |