

～立ち会い者問診表～

・立ち会い日【令和 年 月 日】

・お名前【 】患者様との関係性【 】

・体温【 度】

・今までにコロナに感染した既往はありますか？

あり → 時期（ 年 月 日 ）

なし

・コロナ予防接種は何回受けていますか？ 【 回】

・最終ワクチン接種日はいつですか？【 年 月 日】

・症状の有無

あり（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・その他： ）

なし

・同居家族の症状の有無

あり（咳・鼻水・咽頭痛・倦怠感・その他： ）

なし

抗原結果 【 】

罹患3か月以内はアフターコロナ対応



対応・確認者サイン（ ）