感染に関して

該当する欄に☑チェックまたは、ご記入をお願いします。

1. 新型コロナウイルスに感染したことがありますか。

□なし　　□あり

→「あり」の方にお尋ねします。
・発症した日は、いつですか。（　　年　　月　　日）
・退院した日は、いつですか。（　　年　　月　　日）
※ホテル療養をした方は「退所日」、自宅療養をした方は「隔離解除日」をご記入ください。

2. 新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触がありましたか。

□なし　　□あり

→「あり」の方にお尋ねします。
□感染した方と同居をしていましたか。
□車内や航空機関などの密室空間、1メートル以内で、15分以上の会話をしましたか。
□マスクや手袋などの個人防護服なしで感染した方の看護・介護をしましたか。
□感染が疑われる方の痰・唾液、体液に直接触れましたか。
□その他（　　）

3. 新型コロナウイルスを調べる検査をご本人、同居者など身近な接触者で受けた方は、いますか？

□なし　　□あり

→「あり」の方にお尋ねします。
・いつ検査を受けましたか。（　　年　　月　　日）
・検査を受けた方は、どなたですか。（　　）
・受けた検査の内容を次から選んでください。
□PCR 検査　　□抗原検査　　□抗体検査
・結果は、いつ判明するのか、次から選んでください。
□すでに判明している
□これから判明」する。（　　年　　月　　日）