

HER-SYS 発生届

検査日 令和 年 月 日

当該者氏名(フリガナ)	()			
生年月日	西暦	年	月	日 生まれ (歳)
性別	男	女		
当該者職業				
当該者住所 (住民票の住所)	〒			
当該者所在地 (現在住んでいる住所)	〒			
電話番号				
当該者未成年の時				
保護者氏名(フリガナ)	()			
保護者住所				
保護者電話番号				
(症状)				
・発熱	無	有		
・咳	無	有		
・全身倦怠感	無	有		
・頭痛	無	有		
・咽頭痛	無	有		
・嘔気、嘔吐	無	有		
・下痢	無	有		
・臭覚、味覚障害	無	有		
・その他症状				
酸素飽和度(室内気)	%			
新型コロナワクチン接種歴				
最終接種	無	有 (歳)	不明	
	ワクチンの種類 ()			
	接種日	年	月	日
(重症化リスク因子疾患)				
・悪性腫瘍	無	有		
・慢性腎臓病	無	有		
・高血圧	無	有		
・糖尿病	無	有		
・脂質異常症	無	有		
・肥満 (BMI 30以上)	無	有		
・喫煙歴	無	有		
妊娠	無	有		
重症度	軽症	中等症Ⅰ	中等症Ⅱ	重症