

新型コロナウイルス感染症 セルフチェックシート 【市HP用】

住所	東御市	氏名			
	番地	生年月日	T・S・H・R	年	月 日 (歳)

●症状

○症状が出た日はいつですか？

月	日
---	---

○症状が出てから、今までに、以下の症状がありましたか？

☆ 37.5度以上の発熱	最高	度	／	本日	度	4
☆ 嗅覚、味覚の異常 (匂いや味がわからない)						4
☆ 全身の異様なだるさ						3
☆ 咳(セキ)が出る	┌		→		空咳	3
	└		→		黄色い痰(タン)を伴う咳	-3
☆ 安静時の息苦しさ (横になって安静にしているも息苦しさがある)						2
☆ からだの痛み						2
☆ のどの痛み						1
☆ 下痢						1
☆ 鼻汁						-1
小 計 ①						

●接触歴

○最近2週間で以下のことはありましたか？

☆ 新型コロナウイルスが陽性と診断された人との接触、あるいは間接的な接触	6
☆ 自分や家族の流行地域または海外への往来	4
☆ 屋内イベントへの参加、カラオケ、ナイトクラブ、家族以外との飲食、密室でのおしゃべり	4
☆ 同じ職場内で、発熱、咳、嗅覚・味覚異常などの症状が出た人がいた	3
小 計 ②	

●症状①と、接触歴②の合計

合 計 ①+②	点
---------	---

●感染リスクのセルフチェック

○症状の小計①と、接触歴の小計②の合計数値を下の表に当てはめて、相談または受診を判断してください。

1点	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	……
かかりつけ医に電話相談し 必要により受診してください					かかりつけ医に電話相談し その指示に従ってください				感染が疑われます 上田保健所に電話相談してください 電話0268-25-7135			

参考：重症化するリスク(危険)の確認

以下の症状がある方は、早めの受診をお勧めします。

基礎疾患、症状等	該当に○
現在の喫煙習慣	
糖尿病	
高血圧	
高血圧以外の心臓病	
COPD, 肺気腫, 慢性気管支炎	
肺機能の低下(結核の後遺症)	
ステロイド 免疫抑制剤の服用	
がん	