

当てはまる項目をチェックして下さい



COVID-19

日付	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
センター・コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
部門コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

患者番号

1. 今日、COVID-19に感染していますか？

- はい いいえ わかりません

2. 最後に陽性と判定されたのは？

- 0-3ヶ月以内 3-6ヶ月前 6-12ヶ月前 1年以上前？ 決して

3. COVID-19感染のときは入院していましたか？

- はい いいえ わかりません

ありがとうございました