

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？

- 1ヶ月以内       3ヶ月前       6ヶ月前       1年以上前？

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