

項目		記載内容
検査ID		
氏名		
性別		男 ・ 女
生年月日		年 月 日
メール		@
検体採取日		年 月 日
郵便番号		—
住所		
電話番号		— —
保護者氏名		
保護者郵便番号（上記と同じであれば同上）		—
保護者住所（上記と同じであれば同上）		
保護者電話番号（上記と同じであれば同上）		— —
持病	呼吸器疾患	あり ・ なし
	高血圧	あり ・ なし
	糖尿病	あり ・ なし
	心臓病	あり ・ なし
	肝疾患	あり ・ なし
	神経疾患	あり ・ なし
	喘息	あり ・ なし
	精神疾患	あり ・ なし
	アレルギーアトピー	あり ・ なし
	感染症(新型コロナ以外)	あり ・ なし
	内分泌疾患	あり ・ なし
	がん	あり ・ なし
	その他	
検体採取時の体温		℃
検体採取時の症状	発熱	あり ・ なし
	咳	あり ・ なし
	倦怠感	あり ・ なし
	息苦しさ	あり ・ なし
	下痢	あり ・ なし
	吐き気	あり ・ なし
	頭痛	あり ・ なし
	筋肉痛	あり ・ なし
	発疹	あり ・ なし
	嗅覚・味覚異常	あり ・ なし
	その他	