

調査票 ID ()

調査日：202 年 月 日 (回答時に記載)

備前市における新型コロナウイルス感染症の抗体検査に関する研究

初回調査票

2022年6月3日 第2版

氏名： _____

年齢： _____ 歳 生年月日： _____ 年 月 日

性別： _____ 男 _____ 女 _____ 無回答

住所 _____

所属団体： _____

メールアドレス： _____

1. **現在**、病気やけがで病院や診療所（医院、歯科医院）、あんま・はり・きゅう・柔道整復師（施術所）に通っていますか。（往診、訪問診療を含む）。

通っている 通っていない

「通っている」方にお聞きします。

どのような病気やけがで通っていますか。あてはまるものすべての傷病名の番号に○をつけてください。

- | | | |
|------------------------|--------------------|------------------------|
| 01. 糖尿病 | 15. 急性鼻咽頭炎（かぜ） | 29. 肩こり症 |
| 02. 肥満症 | 16. アレルギー性鼻炎 | 30. 腰痛症 |
| 03. 脂質異常症（高コレステロール血症等） | 17. 慢性閉塞性肺疾患（COPD） | 31. 骨粗しょう症 |
| 04. 甲状腺の病気 | 18. 喘息 | 32. 腎臓の病気 |
| 05. うつ病やその他のこころの病気 | 19. その他の呼吸器系の病気 | 33. 前立腺肥大症 |
| 06. 認知症 | 20. 胃・十二指腸の病気 | 34. 閉経期又は閉経後障害（更年期障害等） |
| 07. パーキンソン病 | 21. 肝臓・胆のうの病気 | 35. 骨折 |
| 08. その他の神経の病気（神経痛・麻痺等） | 22. その他の消化器系の病気 | 36. 骨折以外のけが・やけど |
| 09. 目の病気 | 23. 歯の病気 | 37. 貧血・血液の病気 |
| 10. 耳の病気 | 24. アトピー性皮膚炎 | 38. 悪性新生物（がん） |
| 11. 高血圧症 | 25. その他の皮膚の病気 | 39. 妊娠・産褥（切迫流産、前置胎盤等） |
| 12. 脳卒中（脳出血、脳梗塞等） | 26. 痛風 | 40. 不妊症 |
| 13. 狭心症・心筋梗塞 | 27. 関節リウマチ | 41. その他 |
| 14. その他の循環器系の病気 | 28. 関節症 | 42. 不明 |

裏面に続く

調査票 ID ()

調査日：202 年 月 日 (回答時に記載)

備前市における新型コロナウイルス感染症の抗体検査に関する研究

2. 新型コロナワクチン接種歴について教えてください

①新型コロナワクチン接種歴： 有 無

②接種歴のある方へ下記表に接種日や接種ワクチンの種類を記載してください

	1回目	2回目	3回目	4回目
接種日 (西暦で)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ワクチンの種類 (例：モデルナ、ファイザー)				
副反応での発熱の有無 と最高体温	有 ・ 無 最高体温 (. 度)	有 ・ 無 最高体温 (. 度)	有 ・ 無 最高体温 (. 度)	有 ・ 無 最高体温 (. 度)

3. 新型コロナウイルス感染症の罹患歴について教えてください

①新型コロナウイルス感染症の罹患歴： 有 無

②罹患歴がある場合は下記表に、発症日 (無症状の場合は検査日) を記載してください。

	1回目	2回目	3回目
発症日 (西暦で)	年 月 日	年 月 日	年 月 日

4. 抗体検査結果の開示希望： 有 無

回答ありがとうございました。こちらの面を裏にして、提出してください。